



Journal of Coloproctology

www.jcol.org.br



JCOL Suplemento-2018 Parte II

VÍDEOS

VL01

AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL DE RETO POR VIDEOLAPAROSCOPIA EM PACIENTE SUPEROBESO

Natalia Sayuri Mukai, Priscila Natali Moraes, Maria de Lourdes Setsuko Ayrizono, Carlos Augusto Real Martinez, Raquel Franco Leal, Claudio Saddy Rodrigues Coy

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Paciente do sexo feminino, 58 anos de idade, com antecedentes pessoais de diabetes, hipertensão e obesidade mórbida grau III (IMC 60). Teve o diagnóstico de adenocarcinoma de reto distal, com invasão da parede vaginal posterior. Foi submetida a amputação abdominoperineal com excisão total do mesorreto por videolaparoscopia, com uso de pinça monopolar.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.353>

VL02

APLICABILIDADE DO VERDE DE INDOCIANINA NA EXCIÇÃO TOTAL DO MESORRETO EM AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL DO RETO: RELATO DE CASO

Luis Gustavo Capochin Romagnolo, Marcos Vinicius Araujo Denadai, Felipe Daldegan Diniz, Maximiliano Cadamuro Neto, Carlos Augusto Rodrigues Véio

Hospital do Câncer de Barretos, Barretos, SP, Brasil

Introdução: A identificação de determinadas estruturas anatômicas no intraoperatório pode se tornar trabalhosa em determinadas situações. Existem diversos métodos de mapeamento intraoperatório para utilização em cirurgias convencionais e cirurgias minimamente invasivas, notadamente

2237-9363/



o verde de indocianina, já disponível para uso em cirurgias minimamente invasivas.

Relato de caso: B.F.S.A., 62 anos, sexo feminino, ASA I, diagnosticada com adenocarcinoma moderadamente diferenciado de reto baixo à 2 cm da margem anal. Submetida a neoadjuvância (5FU-LV + radioterapia com dose de 54 Gy) com término em 03/04/2018. Apresentou resposta parcial na invasão de canal anal e músculo elevador do ânus. Submetida a Amputação abdominoperineal do reto videolaparoscópica com auxílio de verde de indocianina intratumoral pré-operatória.

Discussão: o mapeamento intraoperatório com verde de indocianina permitiu a correta identificação de linfonodos mesorretais e a completa excisão do mesorreto, não evidenciando captação em linfonodos pélvicos laterais ou em outros sítios abdominais.

Conclusão: O uso de verde de indocianina auxiliou na correta identificação de planos anatômicos corretos em amputação de reto videolaparoscópica.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.354>

VL03

ASPECTOS TÉCNICOS DA COLECTOMIA DIREITA ROBÓTICA COM ANASTOMOSE INTRACORPÓREA

Renato Gomes Campanati^{a,b}, Lívia Cardoso Reis^{a,b}, Bernardo Hanan^{a,b}, Kelly Cristine de Lacerda Rodrigues Buzatti^{a,b}, Sergio Eduardo Alonso Araújo^{a,b}, Rodrigo Gomes da Silva^{a,b}

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

^b Rede Mater Dei de Saúde - Mater Dei Contorno, Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: A colectomia direita minimamente invasiva, seja por laparoscopia ou robótica, é relacionada a recuperação pós operatória mais acelerada, menor tempo de



internação e desfechos oncológicos similares. Além disso, a realização de anastomose íleo-cólica intracorpórea favorece a recuperação pós-operatória, especialmente no que concerne à ferida operatória, tanto com redução das taxas de infecção de sítio cirúrgico quanto redução de hérnias incisionais. O presente vídeo objetiva demonstrar aspectos técnicos da colectomia direita com anastomose íleo-cólica por via robótica.

Descrição do caso: Paciente do sexo feminino, 43 anos, com história de anemia assintomática e achado na colonoscopia de pólipos séssil circunferencial, não ressecável, cujo anátomo-patológico demonstrou adenoma túbulo-viloso com displasia de alto grau. Tomografias computadorizadas de estadiamento sem sinais de metástases.

Foi submetida à colectomia direita robótica com anastomose íleo-cólica látero-lateral isoperistáltica grampeada intracorpórea e extração do espécime cirúrgico por incisão de Pfannenstiel, com uso da plataforma robótica XI.

Discussão: A via de acesso minimamente invasiva apresenta inúmeros benefícios em relação a abordagem cirúrgica laparotômica e inclusive já está consolidada em diversos protocolos de recuperação pós operatória acelerada. O advento da cirurgia robótica apresenta inúmeros benefícios em relação a cirurgia convencional laparotômica, embora ainda faltem estudos prospectivos e controlados que demonstrem benefícios a longo prazo em relação a laparoscopia. A realização de anastomose intracorpórea permite a extração do espécime cirúrgico por incisões menores e menos mórbidas, com alguns trabalhos demonstrando menor dor pós operatória, menor taxa de infecção de sítio cirúrgico e menor incidência de hérnia incisional.

Conclusão: A utilização de plataformas robóticas mais modernas facilita a realização minimamente invasiva da colectomia direita, além de facilitar a realização da anastomose intracorpórea gerando grandes benefícios na recuperação pós operatória dos pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.355>

VL04

ASPECTOS TÉCNICOS DA RESSECÇÃO DE TUMORES PRÉ-SACRAIS ATRAVÉS DE ABORDAGEM POSTERIOR À KRASKE



Renato Gomes Campanati, Lívia Cardoso Reis, Bernardo Hanan, Kelly Cristine de Lacerda Rodrigues Buzatti, Antonio Lacerda Filho, Rodrigo Gomes da Silva, Magda Maria Profeta da Luz

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

Introdução: O espaço pré-sacral é definido posteriormente pela fáscia de Waldeyer, anteriormente pela fáscia própria do reto e lateralmente pelos limites da parede lateral da pelve, que contém os vasos ilíacos internos e ureteres. Em função da existência de tecidos de diferentes origens embriológicas, múltiplas massas podem se desenvolver nessa topografia, normalmente classificadas como congênitas, inflamatórias, neurogênicas, ósseas ou outras. Em virtude da possibilidade

de degeneração maligna, muitas dessas lesões devem ser tratadas cirurgicamente.

O presente trabalho visa demonstrar um vídeo de ressecção por via posterior de um tumor retrorretal volumoso.

Descrição do caso: Paciente do sexo feminino, 30 anos, com achado de abaulamento na região glútea esquerda e perineal posteriormente ao reto com diagnóstico durante o parto normal. Ao toque retal notava-se grande rechaço do reto anterior e lateralmente a direita. Submetida a propedêutica com ressonância magnética da pelve com achado de lesão cística, multiloculada, em topografia retrorretal, compatível com diagnóstico de tailgut cyst, com extensão cranial até o nível de S2. Apesar da altura da lesão em relação às vértebras sacrais, foi optado pela abordagem cirúrgica por via posterior à Kraske. A paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório.

Discussão: Uma vez que 30 a 40% das lesões pré-sacrais são malignas e as benignas podem sofrer degeneração neoplásica, esses tumores devem ser submetidos a ressecções cirúrgicas. Tradicionalmente, lesões acima do nível de S4 devem incluir uma abordagem cirúrgica abdominal ou combinada abdominoperineal. Entretanto, o emprego da abordagem cirúrgica de Kraske permite exposição adequada para certas lesões císticas que se estendem acima de tal limite, conforme demonstrado no vídeo exposto.

Conclusão: Um adequado planejamento pré-operatório é essencial para a abordagem cirúrgica de tumores retrorretais a fim de se permitir procedimentos com menor morbidade e ressecção completa dessas lesões.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.356>

VL05

ASPECTOS TÉCNICOS DO RETALHO VERTICAL DO MÚSCULO RETO ABDOMINAL MODIFICADO POR VIDEOLAPAROSCOPIA



Renato Gomes Campanati, Gabriel Braz Garcia, Gabriela Maciel Cordeiro, Ana Carolina Parussolo André, Bernardo Hanan, Magda Maria Profeta da Luz, Rodrigo Gomes da Silva

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

Introdução: A introdução da amputação abdominoperineal do reto extraelevadora (AAP-EE) foi proposta para diminuir as taxas de margem circunferencial positiva após a ressecção de neoplasias de reto e canal anal. Em função da maior ressecção perineal e da dificuldade no fechamento primário do defeito, inúmeras técnicas foram propostas para se evitar complicações da ferida operatória desde a colocação de telas até confecção de retalhos musculares ou miocutâneos. A interposição de retalho vertical do músculo reto abdominal modificado se apresenta como boa opção por oferecer tecido sem tensão e livre de irradiação para o fechamento do defeito perineal. O presente trabalho visa demonstrar aspectos técnicos relacionados a liberação do músculo reto abdominal através da videolaparoscopia.

Descrição do caso: Paciente do sexo feminino, 60 anos, diagnosticada com adenocarcinoma de reto distal, cerca de

2 cm da borda anal, com acometimento da musculatura esfíncteriana ao exame físico. Estadiamento clínico com achado de neoplasia ao nível da transição anorretal, com acometimento dos músculos esfíncter externo e interno do ânus e 4 linfonodos mesorretais positivos, sem invasão vascular extramural ou linfonodos pélvicos laterais positivos. Após discussão multidisciplinar, foi submetida a quimioterapia e radioterapia neoadjuvantes, com dose total de 5040cGy.

A paciente foi submetida a AAP-EE videolaparoscópica, com liberação do músculo reto abdominal direito e fixação do mesmo durante o tempo perineal da operação.

Discussão: A reconstrução perineal com uso de retalhos musculares ou miocutâneos apresenta menores taxas de cicatrização retardada e deiscência perineal. O retalho vertical do músculo reto abdominal modificado não inclui a ressecção de ilha de pele, subcutâneo e fásia abdominal anterior, muitas vezes prescindindo de abordagem em conjunto com a cirurgia plástica, uma vez que a anatomia da parede abdominal é mais familiar ao cirurgião colorretal e sem necessidade de incisão ou manipulação de locais distantes do sítio cirúrgico, como ocorrem com outros retalhos como o glúteo, o grácil e o pudendo interno.

Conclusão: O retalho vertical do músculo reto abdominal modificado na reconstrução após AAP-EE é uma alternativa no fechamento perineal e sua liberação através da videolaparoscopia é factível e segura.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.357>

VL06

ASPECTOS TÉCNICOS E REFERÊNCIAS ANATÔMICAS NA EXCIÇÃO TOTAL DO MESORRETO POR VIA ROBÓTICA

Renato Gomes Campanati^{a,b}, Lívia Cardoso Reis^{a,b}, Bernardo Hanan^{a,b}, Kelly Cristine de Lacerda Rodrigues Buzatti^{a,b}, Sergio Eduardo Alonso Araújo^{a,b}, Rodrigo Gomes da Silva^{a,b}

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

^b Rede Mater Dei de Saúde - Mater Dei Contorno, Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: A cirurgia robótica vem ao encontro das proposições atuais da cirurgia, em que se busca realizar procedimentos com reduzido trauma operatório e a rápida recuperação do paciente. Tida como forma de evolução da cirurgia minimamente invasiva, tem como finalidade aumentar a capacidade operatória de realizar determinados movimentos cirúrgicos, permitindo maior precisão e destreza cirúrgica. As vantagens da cirurgia robótica são várias: realização de procedimentos de alta complexidade de modo mais simples, redução no trauma orgânico e tecidual, com diminuição da morbidade e do tempo de recuperação e maior facilidade na execução de determinados procedimentos cirúrgicos. A excisão total do mesorreto consiste na ressecção completa do tecido visceral mesorretal até o nível dos músculos elevadores do ânus. Desde a sua introdução, as taxas de sobrevida e de recidiva pélvica em pacientes submetidos à cirurgia de câncer de reto apresentaram melhora substancial,

tornando esse o tratamento *gold standard* de pacientes com tumores localizados nos terços inferior e médio do reto. O presente caso visa demonstrar os aspectos técnicos e referências anatômicas na excisão total do mesorreto por via robótica.

Descrição do caso: Paciente, sexo masculino, com diagnóstico de adenocarcinoma de reto médio, submetido a quimioterapia e radioterapia neoadjuvantes seguido de ressecção anterior do reto com excisão total do mesorreto robótica com a utilização da plataforma XI.

Discussão: No contexto do manejo minimamente invasivo do câncer de reto, são considerados pontos críticos a preservação esfíncteriana, a morbidade cirúrgica, a radicalidade de ressecção e as taxas de recorrência local e de sobrevida acumulada. A literatura demonstra que resultados equivalentes e até mesmo superiores às técnicas aberta e laparoscópica quanto à morbimortalidade, radicalidade cirúrgica, preservação esfíncteriana e desfechos oncológicos a curto prazo. A eficácia da preservação autônoma durante a operação de proctectomia pode estar otimizada com o emprego do robô.

Conclusão: A excisão total do mesorreto por técnica robótica em pacientes com adenocarcinoma de reto extraperitoneal é uma cirurgia exequível e segura. A utilização da plataforma robótica minimiza as principais dificuldades técnicas da cirurgia videolaparoscópica para o câncer de reto. Ainda faltam estudos prospectivos e controlados para a análise de resultados a longo prazo.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.358>

VL07

CIRURGIA ENDOSCÓPICA TRANSANAL COMO TRATAMENTO DEFINITIVO EM LESÕES NEOPLÁSICAS DE RETO

Rafael Vaz Pandini, Guilherme Cutait de Castro Cotti, Carlos Frederico Sparapan Marques, Ulysses Ribeiro Junior, Caio Sergio Rizkallah Nahas, Sergio Carlos Nahas, Ivan Ceconello

Faculdade de Medicina (FM), Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A cirurgia endoscópica transanal (TEM/TEO) oferece acesso para ressecção de lesões benignas e malignas em estágio inicial localizadas no reto com as vantagens de baixa morbidade.

Descrição do caso: Paciente masculino de 49 anos, com diagnóstico de lesão volumosa e amolecida a 4 cm da borda anal. Submetido em outro serviço à tentativa de ressecção por colonoscopia sem sucesso e por via transanal clássica também sem sucesso. Estadiamento com tomografias, RNM pelve e USG endoanal e colonoscopia com magnificação de imagem sugeriu a presença de lesão precoce, cT1N0. Optado então por abordagem transanal com TEO. Paciente posicionado em decúbito lateral esquerdo, tendo em vista a localização da lesão em parede póstero-lateral esquerda e identificada lesão de 3 cm de extensão à 3,0 cm da borda anal, ocupando 30% da luz do órgão. Delimitado margem de ressecção 1,0 cm além da lesão seguido de ressecção complete com espessura total



da parede do reto com exposição do mesorreto e musculatura esfinteriana. Realizado fechamento primário com fio farpado número 2.0. Não houve intercorrências durante o procedimento nem no pós-operatório, tendo o mesmo recebido alta no 3º PO. O exame anatomopatológico demonstrou a presença de um adenoma viloso com displasia de alto grau, medindo 3,1 x 2,2 cm de diâmetro, Ausência de neoplasia invasiva, margem de ressecção cirúrgica livre (menor margem de 0,6 cm).

Discussão: O emprego da cirurgia endoscópica transanal com TEO possibilitou a realização de abordagem local com sucesso mesmo após tentativas por colonoscopia e via transanal clássica prévias falharem.

Conclusão: O tratamento transanal de lesões precoces deve ser realizado por coloproctologistas treinados e afeitos com as diversas técnicas disponíveis. Em especial na suspeita de lesões precoces volumosas deve-se priorizar a ressecção transanal com emprego TEM/TEO.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.359>

VL08

COLECTOMIA DIREITA VIDEOLAPAROSCÓPICA COM ILEOTRANSVERSO ANASTOMOSE EXTRACORPÓREA



Aline Costa Mendes de Paiva, Rafael Vaz Pandini, Sergio Silveira Junior, Rodrigo Ambar Pinto, Sergio Carlos Nahas, Ivan Ceconello, Cintia Mayumi Sakurai Kimura

Faculdade de Medicina (FM), Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A ressecção laparoscópica de cólon é superior à cirurgia aberta em relação à dor pós-operatória, recuperação e menor tempo de internação hospitalar.

Objetivo: Demonstrar a técnica cirúrgica em colectomia direita videolaparoscópica com anastomose extracorpórea.

Método: F.D.B., 72 anos, antecedente de hernioplastia inguinal direita há 10 anos, queixa de dor em hipogástrio em cólica, pós prandial, há 1 ano, associado a fezes em fita e perda ponderal de 8 kg em 4 meses. Colonoscopia com lesão ulcerada em cólon ascendente, biópsia confirmando adenocarcinoma. Realizou TC de tórax, abdome e pelve demonstrando massa em região do cólon ascendente e linfonodomegalias em região mesentérica, ausência de lesões à distância. Submetido à Colectomia direita videolaparoscópica com ileotransverso anastomose extracorpórea. Passado trocater de 11m umbilical, além de 3 trocartes de 5 mm em QSD, QID, QIE e de 12m em QSE. Durante inventário da cavidade observada lesão em cólon ascendente de 8 cm, ausência de sinais de carcinomatose ou metástases hepáticas. Iniciado com a liberação do folheto medial do mesocólon direito até cólica média e duodeno. Descolamento medial até goteira parietocolica direita e cranialmente até retrocavidade. Clipagem e secção do tronco íleo-cólico junto à origem na mesentérica superior. Dissecção da fascia de Toldt e ligadura com clips dos ramos direitos da cólica media. Descolamento do intercoloeoplóico, liberando o ângulo hepático até o transversos distal, dissecção do mesocolon e preparo do íleo e do colón transversos. Observado pequeno

sangramento em ramo da cólica média tratado com clipe. Ampliada incisão mediana com 5 cm, exteriorizado o cólon dissecado protegendo a parede. Confeccionada anastomose íleo-transverso à Barcelona anisoperistáltica com endogia, seguida de secção do íleo terminal e cólon transversos com grampeador endogia e retirada da peça. Anatomopatológico: adenocarcinoma invasivo de cólon, margens livres, metástases em 7 de 34 linfonodos ressecados, pT3 pN2b.

Resultado: Paciente evoluiu sem complicações no pós-operatório, boa aceitação da dieta e evacuações preservadas, alta hospitalar no 7º PO.

Conclusão: Em pacientes com comorbidades que justifiquem menor tempo operatório, indisponibilidade de material laparoscópico adequado, ou cirurgião com pouca experiência em endossuturas, a realização de anastomose extracorpórea oferece uma alternativa segura para reconstrução nas colectomias.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.360>

VL09

DIFICULDADES TÉCNICAS NO USO DE PORTAL ÚNICO PARA RESSECÇÃO LOCAL ULTRA-BAIXA



Natasha Garcia Caldas, Nimer Ratib Medrei, Andre Araujo de Medeiros Silva

Hospital da Região Leste (HRL), Brasília, DF, Brasil

Introdução: O câncer colorretal é o terceiro tumor maligno em incidência em ambos os sexos mundialmente. Apesar da alta incidência, o câncer de colorretal é altamente curável quando detectado em fases iniciais, por isso se recomenda a realização de colonoscopia como método de rastreio, de forma a permitir o diagnóstico precoce e tratamento adequado. A excisão local é utilizada para os tumores retais precoces, sendo a técnica TAMIS considerada segura. É utilizada tanto em tumores malignos (T1-T2) quando em lesões benignas, evitando as morbidades relacionadas aos procedimentos cirúrgicos invasivos.

Descrição do caso: Paciente do sexo feminino, 64 anos, procurou o ambulatório de coloproctologia com queixa de fezes com sangue há 05 meses, em todas as evacuações, sem presença de dor ou esforço evacuatório, sem alterações do hábito intestinal. Ao toque retal, observada presença de aparente irregularidade mucosa das 2 as 5 horas, móvel e presença de sangue em dedo de luva. Colonoscopia evidenciou lesão plana de reto inferior, com biópsia demonstrando adenoma tubular com displasia de alto grau em mucosa de reto. USG evidenciando tumor a 04 cm da margem anal, envolvendo 30% da circunferência real. RNM evidenciou tumoração de reto sem comprometimento de camada muscular ou de planos gordurosos mesoretais. Linfonodos negativos. Submetida a cirurgia minimamente invasiva transanal (TAMIS) para excisão local da lesão, com margens livres.

Discussão: A utilização de ressecção transanal por portal único requer expertise técnica, pois muitas vezes é difícil a distinção do plano correto de dissecção. Consequentemente, é possível entrar no plano errado de ressecção, o que pode resultar em sangramento, lesão de nervos autonômicos e até

mesmo lesão de órgãos adjacentes. Entender e reconhecer a anatomia local facilita a dissecação segura e acurada do procedimento.

Conclusão: A utilização da técnica TAMIS na excisão local de tumores retais precoces é uma opção promissora, que tem demonstrado resultados oncológicos satisfatórios além de benefícios na qualidade de vida do paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.361>

VL10

EXCISÃO TOTAL DO MESORRETO LAPAROSCÓPICA COM O USO DO AIRSEAL



Marcelli Tainah Marcante, Sérgio Eduardo Alonso Araújo, Ana Sarah Portilho, Bruna Borba Vailati, Victor Edmund Seid

Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil

Cerca de 60% das neoplasias do intestino grosso estão localizadas no reto. A excisão total do mesorreto (ETM) minimamente invasiva beneficia os pacientes com câncer do reto por estar associada a melhores desfechos cirúrgicos imediatos e a segurança oncológica. Com o avanço da tecnologia novas opções surgem visando melhores resultados, diminuição de tempo operatório e favorecimento para a operação. O aparelho insuflador AirSeal parece com esse propósito. No presente vídeo, demonstra-se a técnica de retossigmoidectomia com excisão total do mesorreto totalmente laparoscópica, com o emprego do insuflador AirSeal. Foi realizada anastomose coloanal término-terminal mecânica e ileostomia de proteção em um paciente do sexo masculino, portador de adenocarcinoma do reto distal que foi submetido a tratamento neoadjuvante e submetido ao procedimento 12 semanas após o término da radioterapia. O estadiamento era yrmT3N0. Observou-se que com o uso do insuflador o tempo operatório diminuiu consideravelmente devido a alguns fatores a se considerar: não há “embaçamento” da câmera – o que é muito importante na dissecação do reto, não há perda de pneumoperitônio em nenhum momento e com isso a cirurgia torna-se eficiente e diligente. Em contra ponto vemos, por enquanto, a indisponibilidade e alto custo do aparelho.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.362>

VL11

EXCISÃO TOTAL DO MESORRETO TRANSANAL (TAMIS-TME)



Marcelli Tainah Marcante, Sérgio Eduardo Alonso Araújo, Ana Sarah Portilho, Bruna Borba Vailati, Victor Edmund Seid

Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil

Desde o primeiro relato de proctectomias endoscópicas transanais realizado em cadáveres suínos (Sylla e cols., 2008) até a primeira experiência clínica (Sylla e cols., 2010), plataformas de acesso endoscópico transanal rígidas ou flexíveis

(TAMIS, do inglês Transanal Minimally Invasive Surgery) podem ser usadas para a realização dessa operação e persistem controvérsias sobre qual a mais adequada, assim como permanece sob debate as melhores indicações para empregar a técnica. De qualquer forma, sabe-se que a excisão total do mesorreto (ETM) pode ser especialmente difícil quando realizada por via de acesso exclusivamente abdominal, ainda que laparoscópica ou robótica, para pacientes obesos do sexo masculino, portadores de tumores distais situados na face anterior do reto e com pouca ou nenhuma resposta ao tratamento neoadjuvante. Nessas situações, a excisão total do mesorreto transanal, conforme demonstrado por experiências na literatura e em estudos comparativos, se apresenta como uma alternativa atraente. Demonstra-se no presente vídeo a realização de TAMIS-TME para o tratamento cirúrgico de paciente do sexo feminino portadora de adenocarcinoma do reto médio (rmT2N0). A excisão total do mesorreto empregando uma plataforma flexível como no presente caso é definida como TAMIS-TME. Nessa operação, procede-se a uma abordagem abdominal e transanal para completar a ETM. A plataforma SILSPortTM (Medtronic Covidien) foi empregada para a ETM transanal e com a ajuda do insuflador AirSeal o tempo tornou-se mais fácil. O reto distal foi inicialmente ocluído por sutura em bolsa e a dissecação retal no sentido cranial feita com o auxílio do pneumorreto. Ao término da dissecação “retrógrada”, todo o cólon esquerdo mobilizado foi exteriorizado pela rima anal. O espécime foi trans-seccionado e procedeu-se à confecção de uma anastomose coloanal término-terminal com emprego do grampeador circular. No presente caso, a abordagem por TAMIS-TME pareceu acertada devido à localização do tumor na parede anterior do reto médio/distal. Embora a segurança oncológica associada a TAMIS-TME necessite ser validada em um número maior de casos de preferência em estudos multicêntricos prospectivos, desafios de implementação estão previstos uma vez que a TAMIS-TME deve ser uma indicação para casos selecionados onde se espera um obstáculo associado à ETM por videolaparoscopia ou robótica.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.363>

VL12

EXENTERAÇÃO PÉLVICA COMPLETA POR VIA ROBÓTICA



Guilherme Cutait de Castro Cotti, Fabricio Ferreira Coelho, Rafael Ferreira Coelho, Rodrigo Jose de Oliveira, Rafael Vaz Pandini, Sergio Carlos Nahas, Ivan Cecconello

Faculdade de Medicina (FM), Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Palavras-chave: Recidiva pélvica; exenteração pélvica

Introdução: A presença de tumor com invasão de órgãos pélvicos adjacentes em geral representa uma contraindicação para abordagem minimamente invasiva para a maioria dos cirurgiões. O emprego da cirurgia robótica pode representar uma alternativa que permita ofertar as vantagens da cirurgia minimamente invasiva para este grupo de pacientes. O obje-

tivo deste vídeo é demonstrar a realização de uma exenteração pélvica completa por via totalmente robótica.

Descrição do caso: Paciente masculino, 70 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma de próstata Gleason 9 submetido à tratamento radioterápico com bloqueio hormonal em 2008. Em 2015 evoluiu com recorrência local, tendo sido submetido à prostatectomia radical robótica. Em 2016 apresentou nova recorrência extensa, tratada inicialmente com quimioterapia. Contudo, evoluiu com fístula urinária para o reto com manifestação clínica por perdas urinárias pelo ânus e infecções urinárias de repetição com sepsis. Após ampla discussão das possibilidades, optado por realização de exenteração pélvica completa por via robótica, a qual foi realizada com sucesso. Demonstra-se no vídeo as vantagens associadas ao emprego do robô numa abordagem de tumor recidivado na pelve e na reconstrução, com confecção de colostomia úmida. A retirada da peça foi realizada pelo períneo e, desta forma, não houve necessidade de incisão abdominal. O paciente apresentou boa recuperação, tendo recebido alta no 7 PO.

Discussão: O emprego da laparoscopia no manejo de pacientes que necessitem de ressecções multiviscerais pélvicas esbarra em limitações técnicas. O desenvolvimento e treinamento na cirurgia robótica, com as vantagens da amplitude de movimentos das pinças articuladas parece facilitar a realização deste tipo de procedimento, tanto na fase de ressecção quanto para a reconstrução.

Conclusão: A realização de exenteração pélvica completa por via robótica é procedimento factível nas mãos de equipe multidisciplinar experiente e permite oferecer as vantagens associadas ao acesso minimamente invasivo para pacientes que necessitam de procedimentos de grande porte e alta complexidade, que em geral são realizados por laparotomia clássica.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.364>

VL13

HEMICOLECTOMIA DIREITA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM TUMOR LOCALMENTE AVANÇADO DE CECO

Michel Gardere Camargo, Lilian Vital Pinheiro, Sandro Nunes Angelo, Raquel Franco Leal, Maria de Lourdes Setsuko Ayrizono, Carlos Augusto Real Martinez, Claudio Saddy Rodrigues Coy

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP),
Campinas, SP, Brasil

Relatamos caso de paciente do sexo feminino de 53 anos de idade, sendo portadora de tumor localmente avançado de ceco com invasão da parede abdominal. Foi realizada ressecção em bloco com hemicolectomia direita videolaparoscópica e anastomose ileocólica isoperistáltica mecânica, com boa evolução pós-operatória.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.365>

VL14

LINFADENECTOMIA LATERAL PÉLVICA EM NEOPLASIA DE RETO BAIXO

Rafael Vaz Pandini, Andre Luiz Gioia Morrell, Lucas Cata Preta Stolzemburg, Guilherme Cutait de Castro Cotti, Ulysses Ribeiro Junior, Sergio Carlos Nahas, Ivan Ceconello

Faculdade de Medicina (FM), Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O acometimento linfonodal lateral pélvico no câncer de reto é considerado como doença regional quando acomete a cadeia ilíaca interna, quando acomete outra região pélvica lateral existe a controversa se a metástase seria considerada como locorregional ou à distância. Outra discussão é se o procedimento diminuiria a recorrência local e teria impacto na sobrevida.

Objetivo: Demonstrar a técnica de linfadenectomia lateral pélvica direita em um caso de neoplasia de reto baixo submetido à amputação abdominoperineal de reto pós QRDT neoadjuvante.

Método: A.J.M. 56 anos, com queixa de hematoquezia, puxo e tenesmo e perda ponderal. TR com lesão tocável e extensa desde 4,0 cm da borda, circunferencial. RNM demonstra lesão a 4,5 cm da BA que se estende-se por 10 cm. A lesão estende-se além da camada muscular própria destacando-se extensão extramural de 22 mm. Sinais de infiltração do músculo elevador do ânus à esquerda. Extensão ao esfíncter externo: plano interesfíncteriano em risco. Linfonodos presentes, com sinal heterogêneo/bordas irregulares, compatíveis com acometimento neoplásico, em número de 3. Destacam-se linfonodos laterais pélvicos malignos, com sinal heterogêneo na cadeia obturatória direita. Estadiamento: rm T4 visceral N1. Fásia mesorretal comprometida. Invasão vascular extramural positiva. Linfonodos laterais pélvicos malignos à direita. TC TAP sem doença à distância. Realizou QRDT neoadjuvante e reestadiou após 8 semanas com RNM. TRG4. Distanto 4,5 cm da borda anal e a margem distal encontra-se no plano do anel anorretal. Estende-se por 7,0 cm e encontra-se abaixo da reflexão peritoneal. Há extensão da lesão que infiltra a musculatura elevadora do ânus à esquerda. Estadiamento: yrm T 4N0. Fásia mesorretal comprometida. Invasão vascular extramural positiva. Não se observam linfonodos laterais pélvicos acometidos. Paciente submetido à amputação abdominoperineal de reto com reconstrução em gluteal fold bilateral e linfadenectomia lateral pélvica direita. AP: Ausência de metástase em 0/12 linfonodos.

Resultado: Paciente evoluiu bem com alta no 10º PO, FO perineal em bom aspecto e colostomia funcionante, sem intercorrências na internação.

Conclusão: A linfadenectomia lateral pélvica ou o tratamento com quimiorradioterapia parece conferir benefícios em reduzir a recorrência local, mas ainda não se provou significativa em melhorar a sobrevida do paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.366>



VL15

O PAPEL DA RESSECÇÃO CIRÚRGICA NO CONTROLE DA SÍNDROME CARCINOÍDE PARA TUMORES NEUROENDÓCRINOS DO RETO METASTÁTICOS



Aline Costa Mendes de Paiva, Letícia Nobre Lopes, Rafael Vaz Pandini, Cintia Mayumi Sakurai Kimura, Rodrigo Ambar Pinto, Sergio Carlos Nahas, Ivan Ceconello

Faculdade de Medicina (FM), Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Tumores neuroendócrinos (TNE) do reto representam 34% das neoplasias neuroendócrinas gastrointestinais e possuem bons índices de sobrevida global, porém o papel da cirurgia do sítio primário em casos estágio IV, quanto ao impacto na sobrevida ainda não é bem estabelecido.

Descrição do caso: M.S.O., 47 anos, sexo feminino, há 18 meses com dor em cólica no abdome inferior e perda ponderal de 12 kg em 6 meses. TC tórax, abdome e pelve com múltiplas lesões hepáticas heterogêneas hipovascularizadas (segmentos VIII, V e IV) e nódulo sólido hipervascularizado de 2 cm no segmento VI, além de espessamento parietal focal no reto a 7 cm da borda anal e linfonodomegalia regional. Biópsia da lesão hepática consistente com TNE metastático. RNM de pelve identificou lesão expansiva medindo 2 cm, a 5,5 cm da borda anal, margem distal acima do anel anorretal. Colonoscopia com lesão de aspecto subepitelial, com biópsia confirmando o sítio primário. Após o diagnóstico de TNE metastático, realizou quimioterapia com Ocreotide LAR 20 mg/dia, evoluindo com progressão das lesões hepáticas e manutenção dos sintomas gastrointestinais, sendo encaminhada ao serviço de Coloproctologia. Submetida a retossigmoidectomia VLP através da dissecação médio lateral do mesentério, com ligaduras da artéria e veia mesentéricas inferior, seguida de excisão total do mesorreto. Anastomose coloanal com grampeador CDH 29 a 2 cm da BA. Drenada pelve com realização de ileostomia de proteção. Anatomopatológico de tumor neuroendócrino de baixo grau, positividade para cromogranina, sinaptofisina e KI67 < 2%. Paciente apresentou boa evolução pós-operatória, recebeu alta no 6º PO. Retorno ambulatorial com melhora dos sintomas e boa adaptação a ostomia.

Discussão: Os TNE retais possuem prognóstico favorável com sobrevida em 5 anos de até 72%. A síndrome carcinoide é rara na doença colorretal, sendo o tratamento de escolha os análogos de somatostatina. Em tumores de baixo grau com metástases, principalmente hepática, uma ressecção paliativa com linfadenectomia apresenta nível de evidência 1 na literatura, visto que tais pacientes podem necessitar de ressecção por obstrução ou sangramento. O transplante hepático é uma opção terapêutica, desde que na ausência de doença extra-hepática e que o tumor primário seja removido antes do transplante.

Conclusão: A ressecção do sítio primário em TNE metastático deve ser considerada, a fim de evitar potenciais complicações e na perspectiva curativa do transplante hepático.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.367>

VL16

O PAPEL DO VERDE DE INDOCIANINA NA REALIZAÇÃO DA LINFADENECTOMIA LATERAL PÉLVICA POR LAPAROSCOPIA



Vinicius Campos Duarte, Rafael Vaz Pandini, Guilherme Cutait de Castro Cotti, Lucas Cata Preta Stolzemburg, Sergio Carlos Nahas, Ivan Ceconello

Faculdade de Medicina (FM), Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O tratamento do câncer de reto localmente avançado com comprometimento de linfonodos laterais pélvicos implica em geral na realização de neoadjuvância com quimiorradioterapia seguido do tratamento cirúrgico com realização de linfadenectomia lateral pélvica (LLP) associada à excisão total do mesorreto (ETM), que pode ser realizada por via minimamente invasiva. Contudo, muitas vezes pode haver dificuldade na determinação da extensão da linfadenectomia lateral. O verde de indocianina (ICG) é o único agente de fluorescência aprovado para o uso humano e pode ser utilizado para mapeamento da drenagem linfática através da injeção peri-lesional. O objetivo deste caso foi avaliar a tentativa de mapeamento dos linfonodos laterais pélvicos com o emprego do ICG durante a realização da LLP bilateral com ETM.

Descrição do caso: Paciente de 62 anos, feminina, portadora de adenocarcinoma de reto distal acometendo linha pectínea, com estadiamento inicial cT3N2M0, fásia mesorretal acometida, invasão vascular extramural positiva e acometimento de cadeia lateral pélvica esquerda. Realizou quimiorradioterapia de curso longo, seguido de reestadiamento após 8 semanas que mostrou aparente ausência de resposta (TRG4, yT3cN2M0, margem circunferencial positiva, invasão vascular extramural positiva e linfonodos laterais pélvicos bilaterais). Submetida à amputação abdominoperineal de reto com linfadenectomia pélvica lateral bilateral, no intraoperatório após injeção de ICG peritumoral e venoso. O emprego do ICG perilesional não auxiliou na identificação dos linfonodos laterais pélvicos. Não houve intercorrências durante a cirurgia. A reconstrução perineal foi realizada pela equipe de cirurgia plástica com retalho de *gluteal fold*. O anatomopatológico mostrou presença de resposta patológica completa, foram dissecados 8 linfonodos à direita e 5 linfonodos à esquerda apenas com lagos de mucina acelular sem neoplasia. O mapeamento de linfonodos não se mostrou útil. Não houve disfunção urinária ou sexual.

Discussão: É possível que o extensor comprometimento neoplásico nas cadeias laterais pélvicas neste caso associado ao emprego da tratamento neoadjuvante com quimiorradioterapia possam limitar o papel do ICG no mapeamento linfonodal das cadeias laterais pélvicas.

Conclusão: A injeção de ICG peri-lesional não auxiliou na identificação dos linfonodos laterais pélvicos neste caso de câncer de reto localmente avançado.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.368>

VL17

PALABRAS CLAVE: EXENTERACION PELVIANA, LAPAROSCOPIA



Altuna Sebastian, Ballarin Martin, Valli Diego, Rosato Guillermo, Lemme Gustavo, Terres Marcelo

Hospital Universitario Austral, Buenos Aires, Argentina

Palabras clave: Exenteracion pelviana; Laparoscopia

Introducción: En pacientes con tumores ginecológicos recurrentes o avanzados, realizar una exenteración pelviana cuando la enfermedad esta confinada a la pelvis puede ofrecer una sobrevida libre de enfermedad a los 5 años de hasta el 50%. La opción de construir una neo vagina contribuye a mejorar la calidad de vida de estos pacientes y debe ofrecerse aun en pacientes sexualmente inactivas.

Objetivos: Presentar el procedimiento de exenteración totalmente laparoscópica y la confección de una neo vagina con colon sigmoides.

Descripción del caso: Paciente de 48 años con diagnóstico de carcinoma escamoso moderadamente diferenciado de cuello de útero Estadio IB2. En Enero de 2016 se realizó linfadenectomía lumboaortica retroperitoneal y Quimioradioterapia concurrente con cisplatino y braquiterapia. 9 meses de finalizado tratamiento presenta enfermedad central recurrente/persistente, se procede una Histerectomía Radical tipo C1 con linfadenectomía pelviana bilateral. En Enero de 2018 recurrencia central en cúpula vaginal. Se decide en consenso con paciente y equipo multidisciplinario realizar resección en bloque de vagina, recto y cistectomía parcial, con reimplante de ambos uréteres, confección de neo vagina con colon sigmoides, y colostomía terminal en fosa iliaca izquierda. Egreso hospitalario al 7° día postoperatorio sin complicaciones. Actualmente (Mayo 2018) sobrevida sin evidencia de recaída y con aceptable calidad de vida.

Discusión: En los casos de recurrencia o persistencia de cáncer de cuello uterino localizada a la pelvis está indicada la exenteración pelviana, la cual tiene una sobrevida libre de enfermedad a los 5 años del 50%. La implementación de esta cirugía como paliación es controversial, tradicionalmente está asociada a una alta morbilidad, complicaciones sépticas y riesgo de vida, como así también a hospitalizaciones prolongadas.

Conclusiones: En casos de recurrencia o persistencia de cáncer de cuello uterino, confinado a la pelvis, la exenteracion pelviana con intención curativa es una opción. La confección de una neo vagina con colon sigmoides permite a los pacientes una aceptable la calidad de vida frente al impacto que representan estas cirugías.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.369>

VL18

PROCTOCOLECTOMIA TOTAL COM BOLSA ILEAL EM J LAPAROSCÓPICA PARA TRATAMENTO DE POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR



Rafael Vaz Pandini, Fabio Guilherme Caserta Marysael de Campos, Rodrigo Ambar Pinto, Cintia Mayumi Sakurai Kimura, Sergio Carlos Nahas, Ivan Ceconello

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

Resumo: A polipose adenomatosa familiar é uma doença autossômica dominante caracterizada pela presença decenas de pólipos adenomatosos no cólon, os quais podem evoluir para malignização ao longo dos anos. O tratamento definitivo para pacientes com essa condição é a colectomia total ou proctocolectomia total, a depender da quantidade de pólipos no reto.

Objetivo: Demonstrar a proctocolectomia total com bolsa ileal com reservatório em J para o tratamento de polipose adenomatosa familiar.

Métodos: Paciente T.S.C., 29 anos, com polipose adenomatosa familiar desde 2010, após falecimento da mãe, tio materno e irmãos foram diagnosticados com a mesma patologia. Foi encaminhado para o nosso serviço há 2 anos, com diarreia nos últimos 6 meses, com sangue e perda de 5 kg. Possuía colonoscopia que mostrava múltiplos pólipos sésseis e pediculados desde a linha pectínea até o ceco, sem aspecto de neoplasia maligna. O paciente foi submetido à proctocolectomia total com bolsa ileal em J e ileostomia de proteção videolaparoscópica. Inicia-se o procedimento com identificação e ligadura da a. e v. ileocólica, seguindo-se com dissecação do mesocólon direito, liberando-o do retroperitônio, descolamento parietocólico à D e abertura do intercólon epiplóico, liberando também o cólon transverso. São identificadas a. e v. cólica média, as quais são ligadas. Após, mobiliza-se o ângulo de Treitz, para identificação e ligadura da v. mesentérica inferior. O mesocólon esquerdo é dissecado, sendo liberado do retroperitônio e termina-se o descolamento do intercólon epiplóico, liberando também o ângulo espênico. Em seguida, identifica-se e liga-se a a. mesentérica inferior. Libera-se a goteira parietocólica esquerda, em seguida partindo para a dissecação do reto até o plano dos mm. Elevadores. Realizado grampeamento do reto com grampeador laparoscópico articulado. Realiza-se uma incisão de Pfannenstiel, por onde se exterioriza o cólon e é realizado o grampeamento do íleo terminal, retirando-se a peça. É confeccionada então uma bolsa ileal em J. Em seguida, fecha-se a incisão e a anastomose é realizada sob visão laparoscópica e é exteriorizada uma ileostomia em alça de proteção.

Resultados: O paciente teve boa evolução, recebendo alta no 9° pós-operatório. O resultado anatomopatológico da peça mostrou múltiplos adenomas com displasia de baixo e alto grau.

Conclusão: A proctocolectomia total com reservatório ileal em J por via laparoscópica é factível e apresenta bons resultados.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.370>

VL19

RECONSTRUÇÃO DE TRÂNSITO INTESTINAL VIDEOLAPAROSCÓPICA POR SINGLE-PORT ASSOCIADO A MAPEAMENTO VASCULAR COM VERDE DE INDOCIANINA: RELATO DE CASO



Luis Gustavo Capochin Romagnolo, Felipe Daldegan Diniz, Marcos Vinicius Araujo Denadai, Maximiliano Cadamuro Neto, Carlos Augusto Rodrigues Véo

Hospital do Câncer de Barretos, Barretos, SP, Brasil

Introdução: O uso de verde de indocianina endovenosa como indicador de adequada perfusão sanguínea intraoperatória já é estabelecido, permitindo uma adequada tática cirúrgica em ressecções ou reconstruções do trânsito intestinal.

Relato de caso: F.C.M. 69 anos, sexo masculino, submetido a colectomia total com ileostomia terminal videolaparoscópica por Hemorragia Digestiva Baixa (DDC pancolônica) sem instabilidade hemodinâmica. Após 90 dias submeteu-se a reconstrução de trânsito intestinal (ileorreto anastomose ao nível do promontório sacral) por videolaparoscopia e single port (local da ileostomia). Apresentou boa evolução pós-operatória com alta no 3º dia após a cirurgia.

Discussão: Neste vídeo demonstra-se a aplicabilidade do verde de indocianina na viabilidade vascular de dois segmentos intestinais a serem anastomosados, procurando identificar áreas isquêmicas não visíveis a olho nu que poderiam comprometer a vascularização da anastomose.

Conclusão: O verde de indocianina se mostrou eficaz em reconstrução de trânsito intestinal por videolaparoscopia através de técnica single-port.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.371>

VL20

RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA TRANSANAL DE EXTENSA LESÃO DE CRESCIMENTO LATERAL NO RETO



Michel Gardere Camargo, Lilian Vital Pinheiro, Sandro Nunes Angelo, Raquel Franco Leal, Maria de Lourdes Setsuko Ayrizono, Carlos Augusto Real Martinez, Claudio Saddy Rodrigues Coy

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Relato de caso de paciente do sexo masculino de 73 anos de idade, portador de extensa lesão de crescimento lateral no

reto. Foi realizada ressecção endoscópica transanal com boa evolução peri-operatória.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.372>

VL21 RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA TRANSANAL POR VÍDEO DE TUMOR DE RETO T2



Natalia Sayuri Mukai, Michel Gardere Camargo, Sandro Nunes Angelo, Raquel Franco Leal, Maria de Lourdes Setsuko Ayrizono, Carlos Augusto Real Martinez, Claudio Saddy Rodrigues Coy

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Paciente do sexo feminino, de 74 anos de idade, com antecedente de DPOC grave e de neoplasia avançada de pulmão. Teve diagnóstico de neoplasia de reto T2N0. Devido à falta de condições clínicas para neoadjuvância e ao alto risco para cirurgia radical, optou-se por realizar ressecção local por via transanal por vídeo.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.373>

VL22

RETALHO VERTICAL DO MÚSCULO RETO ABDOMINAL MODIFICADO POR VIA LAPAROTÔMICA: ASPECTOS TÉCNICOS



Renato Gomes Campanati, Gabriel Braz Garcia, Magda Maria Profeta da Luz, Ana Carolina Parussolo André, Bernardo Hanan, Kelly Cristine de Lacerda Rodrigues Buzatti, Rodrigo Gomes da Silva

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

Introdução: A introdução da amputação abdominoperineal extraelevadora do reto (AAP-EE) visa determinar espécimes cirúrgicos com menor incidência de margem circunferencial positiva. Apesar do benefício oncológico e menor incidência de margens acometidas, essa técnica resulta na confecção de maior defeito perineal e, portanto, maior incidência de complicações precoces, como cicatrização retardada, seromas e abscessos, e complicações tardias, especialmente a hérnia perineal.

Dentre várias técnicas propostas para o fechamento do períneo, a interposição de retalhos musculares ou miocutâneos possibilitam o fechamento do defeito perineal sem tensão e com um tecido de boa viabilidade.

Descrição do caso: Paciente do sexo masculino, 54 anos, admitido com quadro de dor anal e lesão vegetante em topografia de borda anal, com lesão tocável até cerca de 5 cm da margem anal. Biópsia compatível com adenocarcinoma e estadiamento local com neoplasia localmente avançada, acometendo complexo esfíncteriano e fossa ísquio-anal, com cerca de 7 linfonodos aumentados em gordura mesorretal. Estadiamento à distância com tomografia computadorizada

sem sinais de implantes secundários. Após discussão multidisciplinar, foi submetido à quimioterapia e radioterapia neoadjuvantes, com dose total de 5040cGy. Em virtude de múltiplas cirurgias abdominais prévias, foi optado pela AAP-EE por via laparotômica, 8 semanas após o término da neoadjuvância. Após o tempo abdominal do procedimento, foi realizada liberação do músculo reto abdominal direito e preparado o retalho, que foi devidamente fixado no defeito pélvico após o tempo de ressecção perineal. Em função da necessidade de ressecção de área circunjacente de pele acometida pela neoplasia foi necessário a realização de retalho de pele da região glútea.

Discussão: O retalho vertical do músculo reto abdominal modificado foi proposto por Singh et al. e se apresenta como ótima alternativa para reconstrução após a AAP-EE. Especialmente em pacientes submetidos a radioterapia pélvica, essa técnica implica na interposição de tecido não irradiado no defeito pélvico. Além disso, a realização de tal retalho pode ser realizado pelo coloproctologista uma vez que envolve a anatomia de uma região mais familiar ao cirurgião colorretal.

Discussão: A interposição do músculo reto abdominal para a reconstrução perineal após AAP-EE é uma ótima alternativa para o fechamento pélvico e diminuição de possíveis complicações locais da ferida operatória.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.374>

VL23

RETOSSIGMOIDECTOMIA COM RESSECÇÃO INTERESFINCTERIANA E ANASTOMOSE COLOANAL RETARDADA TOTALMENTE ROBÓTICA

Armando Geraldo Franchini Melani^{a,b}, Paulo Bertulucci^{a,b}, Luis Gustavo Capochin Romagnolo^{a,b}

^a IRCAD América Latina - Unidade Rio de Janeiro, Américas Medical City, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Hospital do Câncer de Barretos, Barretos, SP, Brasil

Introdução: A importância da radicalidade no tratamento cirúrgico para o cancer de reto sendo exaustivamente trabalhada desde a descrição da amputação abomino perineal por Miles e a partir da Excisão total do mesoreto por Heald isso se intensificou ainda mais. Porém com o advento de novas tecnologias e da neoadjuvância, essa radicalidade cirúrgica se transformou em cirurgias mais preservadoras e portanto melhorando a qualidade de vida dos pacientes. Neste vídeo demonstramos a utilização da ferramenta robótica associado a preservação esfinteriana e realização de uma anastomose coloanal retardada assim não necessitando de derivação protetora.

Relato do caso: M.S.C.P., masculino, 54 anos, com queixa de sangramento anal há 6 meses, realizou colonoscopia que identificou uma lesão vegetante à 4 cm da borda anal, realizado biopsia confirmando adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Estadiamento inicial cT3N0M0 indicado tratamento de neoadjuvância. Indicado Retossigmoidectomia Robótica com dissecação interesfincteriana e anastomose coloanal

retardada para evitar derivação intestinal. Realizado o procedimento acima relatado totalmente robótico inclusive a dissecação interesfincteriana.

Discussão: Neste vídeos mostramos a utilização da plataforma robótica vem sendo muito divulgada para o tratamento cirúrgico do cancer de reto, pricipalmente pela qualidade de imagem, movimentos precisos e identificação de estouras com mais facilidades em pacientes mais obesos, garantindo uma ergonomia ao cirurgião naquelas cirurgias que seriam claramente mais difíceis por laparoscopia ou mesmo por laparotomia. A utilização da plataforma robótica para a realização da dissecação externa interesfincteriana também vem em auxiliar ao extremo com as mesmas vantagens citadas acima. Acrescentando a tudo isso, a realização da anastomose coloanal retardada apresenta-se como uma opção viável em casos selecionados de pacientes para evitar uma derivação e uma nova cirurgia para a reconstrução intestinal no futuro.

Conclusão: O uso da plataforma robótica para o tratamento do cancer de reto distal cada vez mais se afirma como uma boa opção de acesso, porém em casos selecionados associação com a anastomose coloanal retardada pode mostrar benefícios ainda melhores.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.375>

VL24

RETOSSIGMOIDECTOMIA LAPAROSCOPICA COM ANASTOMOSE COLORRETAL ULTRA BAIXA POR NEOPLASIA DE RETO DISTAL

Danilo Daud, Natalia Barros Pinheiro

Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, SP, Brasil

Em 2009, Ramos et al. mostrou que a ressecção anterior do reto baixa ou ultrabaixa com excisão total do mesoreto e preservação dos nervos pélvicos, seguida de anastomose coloanal com bolsa colônica em J por duplo grampeamento, é vista como “padrão ouro” desse início do milênio para o tratamento do câncer colorretal.

Resumo clínico: Masculino, 80 anos, apresenta há cinco meses sangramento retal cuja colonoscopia evidenciou uma lesão neoplásica a cerca de 6 cm da margem anal. Relata ter sido submetido a prostatectomia robótica por neoplasia de próstata em 2015. O estadiamento foi realizado com tomografia computadorizada de tórax que evidenciou raros micronódulos pulmonares esparsos, um calcificado (seque- lar) no lobo inferior esquerdo e os demais sem calcificações, inespecíficos, ressonância magnética do abdome e pelve onde obervou-se uma formação cística com paredes discretamente espessadas, medindo 4,3 cm, junto aos vasos ilíacos à direita, sugestiva de linfocele; lesão expansiva polipoide, localizada na parede anterior do reto (11 hr a 1 hr), que dista 5,5 cm da borda anal e a sua margem distal está localizada cerca de 2,0 cm do anel anorretal e tem extensão longitudinal de 4,0 cm e sua margem cranial está localizada abaixo da reflexão peritoneal. A lesão estende-se por 10 mm além da camada muscular (rmT3c), sendo visualizado um linfonodo mesorretal discretamente heterogêneo, suspeito (rmN1). A porção mais infiltrativa da lesão está localizada à 1 hora e tem distância mínima de 2 mm para a fásia mesorretal. A fásia mesorretal



está livre. Existem sinais de invasão vascular extramural de veias de médio calibre. Não se identificam linfonodos laterais pélvicos suspeitos. O CEA era 14 microgramas/L.

Impressão e conduta: Trata-se de um paciente idoso, com adenocarcinoma de reto baixo cT3N1 (linfonodo contido na fásia mesoretal). Discutido amplamente com o paciente e sua família sobre os pros e contras entre o tratamento neoadjuvante versus tratamento cirúrgico, onde em conjunto com a oncologia foi optado pela retossigmoidectomia laparoscópica com confecção de ileostomia protetora temporária. Realizado retossigmoidectomia por via laparoscópica com anastomose colorretal ultrabaixa com linfadenectomia e confecção de ileostomia protetora. Evolui bem sem intercorrências com alta no 7 PO para seguimento ambulatorial.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.376>

VL25

RETOSSIGMOIDECTOMIA ROBÓTICA COM ANASTOMOSE BAIXA E EXTRAÇÃO DA PEÇA VIA VAGINAL

Marcos Vinicius Araujo Denadai, Felipe Daldegan Diniz, Maximiliano Cadamuro Neto, Carlos Augusto Rodrigues Véio, Luis Gustavo Capochin Romagnolo

Hospital do Câncer de Barretos, Barretos, SP, Brasil

Introdução: A importância da radicalidade no tratamento cirúrgico para o cancer de reto sendo exaustivamente trabalhada desde a Excisão total do mesoreto por Heald. Porém com o advento de novas tecnologias e da neoadjuvância, essa radicalidade cirúrgica se transformou em cirurgias mais preservadoras e portanto melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

Relato de caso: Sexo feminino, 58 anos, com tumor de reto à 6 cm da borda anal. RNM: cT3N+M0. Recebeu tratamento Neoadjuvante com RT/QT com resposta parcial da lesão. Após 12 semanas submetida à cirurgia. Realizado Retossigmoidectomia Robótica com anastomose baixa e ileostomia de proteção e extração da peça via vaginal com uso de dispositivo plástico protetor de parede abdominal, cirurgia totalmente via robótica com single docking, com alta no terceiro dia. Anatomopatológico: ypT3N 1 M0, indicado QT adjuvante.

Discussão: Nestes vídeos mostramos a utilização da plataforma robótica vem sendo muito divulgada para o tratamento cirúrgico do câncer de reto, principalmente pela qualidade de imagem, movimentos precisos e identificação de estruturas com mais facilidades em pacientes mais obesos, garantindo uma ergonomia ao cirurgião naquelas cirurgias que seriam claramente mais difíceis por laparoscopia ou mesmo por laparotomia, até mesmo para suturas.

Conclusão: O uso da plataforma robótica para o tratamento do cancer de reto distal cada vez mais se afirma como uma boa opção de acesso, assim com a extração vaginal mantemos em alguns casos a cirurgia totalmente robótica sem incisões e por isso garantimos menos dor no pós operatório e esteticamente adequada com resultados oncológicos satisfatórios.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.377>

VL26

RETOSSIGMOIDECTOMIA VLP COM ETM E ANASTOMOSE COLOANAL MANUAL, COM VERDE DE INDOCIANINA APÓS RECRUDESCIMENTO DE CÂNCER DE RETO EM VIGILÂNCIA ATIV

Aline Costa Mendes de Paiva, Rafael Vaz Pandini, Letícia Nobre Lopes, Carlos Frederico Sparapan Marques, Sergio Carlos Nahas, Ivan Ceconello, Lucas Cata Preta Stolzemburg

Faculdade de Medicina (FM), Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A quimiorradioterapia neoadjuvante (QRT) seguida de cirurgia pode resultar em uma resposta patológica completa em até 15–30% dos casos. Novas tendências sugerem a possibilidade de seguimento clínico após QRT em casos de boa resposta tumoral.

Método: O.C.G., feminino, 55 anos, hipertensa, com diagnóstico prévio de doença policística hepatorrenal. Paciente com queixa de hematoquezia e tenesmo há 1 ano, realizou colonoscopia com achado de lesão vegetante a 2 cm da borda anal (BA), estadiamento inicial T3bN0M0. Indicada terapia neoadjuvante com 5FU, e radioterapia totalizando 5040cGy. Reestadiada após 8 semanas com toque retal (TR), TC tórax e abdome e RNM pelve. Ao TR identificada cicatriz em parede posterior a 4 cm BA, avaliado como resposta clínica completa (cCR), assim como na RNM de pelve e retoscopia. Proposta então vigilância ativa com retorno mensal para TR e exames de imagem seriados. Após 11 meses de cCR, TR com espessamento em cicatriz prévia confirmada recrudescência com retoscopia evidenciando lesão plano-elevada adjacente à cicatriz, com vasos irregulares na superfície (biópsia: adenocarcinoma). Encaminhada para resgate cirúrgico: retossigmoidectomia VLP com excisão total do mesoreto, dissecação interesfínteriana e anastomose coloanal manual com ileostomia de proteção. No ato cirúrgico utilizado verde de indocianina peritumoral com injeção de 0,2 ml em cada quadrante por anoscopia. No tempo perineal incisão ao nível de linha pectínea 1 cm abaixo do tumor, dissecação interesfínteriana circunferencial até cavidade abdominal, exteriorizado peça via anal. Confirmação de margens livres por congelação. Realizada anastomose coloanal manual, confirmada vascularização da área da anastomose através da injeção de verde de indocianina IV. Anatomopatológico foi conclusivo para adenocarcinoma tubular invasivo, ypT2N0, margens livres. Paciente com boa evolução, recebeu alta no 8º PO.

Resultado: O sucesso da estratégia de observação depende de um seguimento criterioso, e da identificação oportuna de falha da cCR, garantindo a eficácia dos tratamentos de resgate. A vigilância ativa com TR, endoscopia e RNM é uma estratégia precisa para identificar o recrudescimento da lesão nos pacientes em que a preservação do órgão é considerada após QRT.

Conclusão: A vigilância ativa com avaliações meticulosas dos pacientes com cCR são cruciais para o sucesso das estra-



tégias de tratamento e garantir o resgate cirúrgico efetivo quando necessário.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.378>

VL27

TÁTICA CIRÚRGICA PARA A LIBERAÇÃO DO ÂNGULO ESPLÊNICO POR VIA ROBÓTICA: DEVE SER DIFERENTE DA LAPAROSCÓPICA?

Renato Gomes Campanati^{a,b}, Lívia Cardoso Reis^{a,b}, Bernardo Hanan^{a,b}, Kelly Cristine de Lacerda Rodrigues Buzatti^{a,b}, Sergio Eduardo Alonso Araújo^{a,b}, Rodrigo Gomes da Silva^{a,b}

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

^b Rede Mater Dei de Saúde - Mater Dei Contorno, Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: O desenvolvimento de técnicas minimamente invasivas foi um dos mais importantes avanços da cirurgia moderna. Além do evidente e desejado efeito cosmético, dentre os benefícios para o paciente, tem-se a diminuição da dor pós-operatória e do tempo de internação, retorno mais precoce às atividades habituais e a diminuição das complicações infecciosas e das resultantes de menor trauma parietal.

A introdução do robô na prática médica, seguiu essa iniciativa, e a cirurgia robótica atualmente têm contribuído para maior precisão nos procedimentos operatórios, colaborando na ampliação do campo de visão tridimensional em intervenções que necessitam de maior destreza do cirurgião. A liberação do ângulo esplênico é um tempo operatório delicado uma vez que trata de área de pior acesso tanto por laparoscopia quanto por via robótica. O presente trabalho visa demonstrar aspectos técnicos desse tempo operatório por via robótica e apresentar diferenças dessa com a abordagem habitual por via laparoscópica.

Descrição do caso: Paciente do sexo masculino, com diagnóstico de adenocarcinoma de reto médio, submetido à quimioterapia e radioterapia neoadjuvantes seguido de ressecção anterior do reto com excisão total do mesorreto robótica com a utilização da plataforma XI.

Discussão: A realização de alguns tempos operatórios difíceis por videocirurgia foi facilitada pelo uso do robô. No entanto, algumas limitações foram observadas, como a necessidade de reajustar o robô para a realização de alguns tempos operatórios, resultando em significativo aumento do tempo cirúrgico. Isso é observado na mobilização da flexura esplênica, que muitas vezes tem que ser completada pela técnica de laparoscopia tradicional. No entanto, como demonstrado no vídeo apresentado, é possível a realização do ato com dock único de maneira precisa rápida e com menor curva de aprendizado.

Conclusão: A cirurgia robótica consiste em uma nova ferramenta na abordagem do câncer reto e tem a possibilidade de superar as limitações da cirurgia laparoscópica. O robô, ao proporcionar maior precisão de movimentos, a visualização tridimensional e estável do campo operatório e a reprodução dos movimentos do punho humano, pode facilitar a dissecação

do ângulo esplênico, quando comparado a técnica laparoscópica convencional ou a demais plataformas robóticas.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.379>

VL28

BENEFÍCIOS DA COLECTOMIA LAPAROSCÓPICA COM PRESERVAÇÃO DA ARTERIA RETAL SUPERIOR, NA DOENÇA DIVERTICULAR

Barbara Pereira de Lara^{a,b}, Univaldo Etsuo Sagae^{a,b}, Gustavo Kurachi^{a,b}, Doryane Maria dos Reis Lima^{a,b}, Vitor Sagae^{a,b}, Ivan Roberto Bonotto Orso^{a,b}

^a Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, Toledo, PR, Brasil

^b Gastroclínica Cascavel, Cascavel, RS, Brasil

Objetivo: Avaliar o impacto da preservação da artéria retal superior em colectomia videolaparoscópicas por doenças diverticular.

Métodos: Trabalho prospectivo realizado no período de 01/2000 a 06/2017, foram avaliados 64 pacientes (35 mulheres e 29 homens). A média de idade foi de 60 anos (37-90). Em 60, foram realizados retossigmoidectomia e, destes, 55 com liberação do ângulo esplênico. Quatro casos de colectomia total, 2 por sangramento maciço e 2 por se tratar de doença diverticular avançada em todo o cólon, todos os casos com preservação da artéria retal superior (PARS). Dezesesseis pacientes foram operados de emergência. Todos foram submetidos à videocolectomia. A técnica cirúrgica utilizada foi abordagem medial do cólon, com identificação e ligadura da veia mesentérica. Todos os casos foram identificados e preservação da artéria retal superior dos nervos hipogástricos e o ureter. A secção do reto peritoneal foi realizada, logo abaixo da transição retossigmoide com endogrampeador linear. A anastomose foi realizada com grampeador circular 31 ou 33 mm, após a verificação da integridade da arcada de Riouland pela técnica de duplo grampeamento. Em todos os casos foi realizado reforço da anastomose com sutura em dois planos utilizando fio PDS 3.0, ou vicryl 000. O teste do borracheiro e do azul para testar integridade da anastomose foram feitos de rotina.

Resultados: Um total de 9 pacientes apresentaram complicações pós-operatórias, sendo 4 casos de sangramento anal precoce, 1 deles foi realizado cauterização endoscópica com transfusão de hemácias e outros resolveram espontaneamente. Houve 1 caso de estenose da anastomose, que foi tratado com dilatação endoscópica. Em 1 caso houve infecção da ferida operatória, que evoluiu com abscesso de parede abdominal com necessidade de drenagem, em 2 houve abscesso pélvico, sendo necessária drenagem percutânea e 1 caso de reoperação precoce no primeiro pós-operatório por lesão inadvertida de intestino delgado. Não foram observadas fístulas e complicações urinárias. O tempo médio de seguimento pós-operatório foi de 38 meses.

Conclusão: Os autores demonstram a factibilidade da preservação da artéria retal superior na colectomia laparoscópica em casos eletivos e urgências na doença diverticular com resultados promissores tanto na redução da incidência de

fístulas quanto nos distúrbios funcionais com a preservação também das inervações.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.380>

VL29

DIVERTICULITE AGUDA - RETOSSIGMOIDECTOMIA POS DRENAGEM ORIENTADO POR CT

Luiz Carlos Benjamin do Carmo, Renato Barretto Ferreira da Silva, Sergio Gontscharow, Jaqueline Alcantara Marin Lemos

Hospital e Maternidade São Luiz Unidade Itaim, São Paulo, SP, Brasil

Os autores apresentam casos de Diverticulite complicada com abscesso intra cavitário, em que inicialmente foi realizado a drenagem orientado por tomografia associado a antibióticoterapia e posteriormente a Retossigmoidectomia Vídeo Laparoscópico com anastomose primária sem colostomia ou ileostomia de proteção. Todos os pacientes evoluíram bem e evitamos um tratamento em dois tempo, ressecção e colostomia e posteriormente a reconstrução do transito.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.381>

VL30

DIVERTICULITE AGUDA COMPLICADA - RELAÇÃO COM A BEXIGA

Luiz Carlos Benjamin Docrmo, Renato Barretto Ferreira da Silva, Sergio Gontscharow, Jaqueline Alcantara Marin Lemos

Hospital e Maternidade São Luiz Unidade Itaim, São Paulo, SP, Brasil

Os autores apresentam casos em vídeos, de pacientes com Diverticulite Aguda complicadas em que existia uma aderência muito grande com a bexiga, inclusive apresentando sintomatologia urinárias e alguns já apresentando fístula de sigmoide com a bexiga, onde foi realizado a Retossigmoidectomia Vídeo laparoscópico e sem a realização de rafia da bexiga. e com anastomose primária e todos os pacientes evoluíram bem.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.382>

VL31

DIVERTICULITIS DE MECKEL-ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

Mora Achaval, Carla Veja, Flavia Alexandre, Guillermo Rosato

Hospital Universitario Austral, Buenos Aires, Argentina

Introducción: El divertículo de Meckel es la anomalía congénita del tracto gastrointestinal más frecuente. Ocurre en 2%

al 3% de la población. Es un divertículo verdadero ya que posee las tres capas del intestino.

Habitualmente asintomático.

Objetivo: Presentar la resolución laparoscópica de una diverticulitis de Meckel y su correlación imagenológica.

Descripción de caso: Paciente de 33 años de edad que consulta por dolor abdominal de 36 horas de evolución asociado a náuseas y equivalentes febriles.

Ningún antecedente personal de relevancia. Al examen físico presentaba un abdomen blando depresible, doloroso en fosa iliaca derecha con defensa sin reacción peritoneal.

Laboratorio: sin alteraciones. Ecografía abdominal: Sin hallazgos patológicos.

Tomografía computada: A nivel del flanco derecho se observa imagen ovoidea de 18 x 10 mm con densidad grasa adyacente a asa ileal asociada a rarefacción de los planos grasos mesentéricos. Este hallazgo podría atribuirse a proceso inflamatorio de divertículo de Meckel. Abordaje laparoscópico: Se confirma divertículo de Meckel complicado. Se realiza enterectomía en cuña y sutura manual monoplano extramucoso extracorporea. Postoperatorio: en sala de internación general. Dieta líquida al segundo día y blanda al tercero. Egreso hospitalario en el cuarto día postoperatorio.

Discusión: El divertículo de Meckel es habitualmente asintomático y su diagnóstico es incidental debido a algún estudio por imágenes o cirugía abdominal por otras patologías. Las complicaciones clínicas más frecuente en niños y adultos jóvenes es la hemorragia. Otras complicaciones del mismo como: 1) diverticulitis, 2) obstrucción intestinal por inversión diverticular, 3) intususcepción, 4) vólvulos, 5) torsión, son más frecuentes en adultos. La dificultad diagnóstica sigue siendo un desafío en la práctica médica aun en nuestros días. La ecografía abdominal, la tomografía computada, la centellografía y la angiografía son herramientas complementarias de diagnóstico frente a la sospecha de un divertículo de Meckel complicado. La enterectomía en cuña previene la posibilidad de dejar mucosa ectópica residual.

Conclusiones: La cirugía laparoscópica es una opción terapéutica mínimamente invasiva para la resolución de una diverticulitis de Meckel. Los hallazgos en la tomografía computada en el contexto clínico contribuyen al diagnóstico y tratamiento oportunos.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.383>

VL32

RESSEÇÃO COLÔNICA LAPAROSCÓPICA NA DOENÇA DIVERTICULAR COMPLICADA

Eduardo Endo, Rubens Valarini, Henrique Luckow Invitti, Ana Helena Bessa Gonçalves Vieira, Rodnei Bertazzi Sampietro, Antonio Carlos Trotta, Sérgio Brenner

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

Introdução: Apesar do advento de lavagem laparoscópica na diverticulite e de relatos de bons resultados com a técnica, estudos recentes ainda demonstram que esta técnica pode apresentar falhas no controle da infecção, resultando



em aumento de taxa de reoperações e necessidade de drenagem percutânea subsequente. Por outro lado, ressecção colônica videolaparoscópica em mãos experientes mostra-se uma opção segura na doença diverticular complicada.

Descrição do caso: Apresentaremos em vídeo editado, cirurgia em paciente com doença diverticular complicada, com abscesso intra-abdominal, tratado com sucesso com ressecção colônica videolaparoscópica.

Discussão: A cirurgia laparoscópica na doença diverticular complicada está relacionada com baixas taxas de morbidade pós-operatória e taxas de conversão relativamente baixas, tornando-se o tratamento padrão em diversos serviços. O debate na comparação com a lavagem laparoscópica segue em voga e tem sido discutido caso a caso.

Conclusão: Com o aumento da experiência em videolaparoscopia, a ressecção laparoscópica mostra-se uma opção segura em casos de diverticulite com abscesso.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.384>

VL33

RETOSSIGMOIDECOMIA VLP NO TRATAMENTO DA DOENÇA DIVERTICULAR COMPLICADA



Miller Barreto de Brito e Silva, Letícia Nobre Lopes, Rafael Vaz Pandini, Sergio Eduardo Alonso Araujo, Sergio Carlos Nahas, Ivan Ceconello, Cintia Mayumi Sakurai Kimura

Faculdade de Medicina (FM), Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A doença diverticular tem incidência crescente na população idosa, ocorrendo em apenas 5% dos casos em pacientes com menos de 40 anos. Nesta população a doença costuma estar mais relacionada à evolução para diverticulite aguda e suas complicações, sendo a fístula colovesical uma das mais frequentes.

Objetivo: Demonstrar a viabilidade da via laparoscópica no tratamento cirúrgico da fístula colovesical pós-diverticulite aguda.

Métodos: P.R.S., masculino, 36 anos. Paciente com dois episódios de dor em fossa ilíaca esquerda, associada à febre, há 3 anos. Há 2 anos iniciou pneumatúria e fecalúria, com piora progressiva, associados à infecção urinária de repetição. Investigado em serviço externo: USG abdome com espessamento da parede vesical e conteúdo espesso em seu interior; Colonoscopia: divertículos em reto-sigmoide e colite erosiva segmentar em sigmoide, sem evidência de orifício fistuloso (biópsia: inflamação crônica; ausência de neoplasia); TC abdome e pelve: discreto espessamento na parede de cólon sigmoide próximo à bexiga. Encaminhado ao serviço de coloproctologia, indicado tratamento cirúrgico. Achados intraoperatórios: região distal do cólon sigmoide bastante endurecida e aderida à parede póstero-lateral esquerda da bexiga correspondendo à fístula colovesical. Realizada ligadura dos vasos mesentéricos inferiores e liberação do ângulo esplênico. Abordada área de intensa aderência e fibrose com auxílio de bisturi harmônico, não sendo possível identificação de plano de dissecação, com abertura inadvertida do cólon, sem contaminação da

cavidade. Não identificado orifício em parede vesical, sendo realizado teste com azul de metileno via sonda vesical sob pressão, sem extravasamento. Completada retossigmoidectomia, seguida de anastomose mecânica término-terminal colorretal com CDH 29.

Resultados: Paciente com boa evolução no PO, sendo mantida sonda vesical de demora durante 5 dias. Recebeu alta no 6° PO com diurese espontânea após retirada da sonda. Boa aceitação da dieta oral, apresentando evacuação com fezes pastosas. Ferida operatória em bom aspecto.

Conclusão: A presença de fístula colovesical pós-diverticulite tem como tratamento padrão a abordagem cirúrgica. Apesar das dificuldades técnicas relacionadas à presença de intenso processo inflamatório local e alterações anatômicas, quando em realizada em centros de referência a via laparoscópica se mostra a melhor alternativa de tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.385>

VL34

A IMPORTÂNCIA DA PADRONIZAÇÃO TÉCNICA NO TRATAMENTO DA DOENÇA HEMORROIDÁRIA: VÍDEO DE CIRURGIA AO VIVO PARA TREINAMENTO DE RESIDENTES



José Américo Bacchi Hora, Miller Barreto de Brito e Silva, Aline Costa Mendes de Paiva, Rafael Vaz Pandini, Fabio Guilherme Caserta Maryssael de Campos, Sergio Carlos Nahas, Ivan Ceconello

Faculdade de Medicina (FM), Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A hemorroidectomia é o procedimento mais definitivo para o tratamento de hemorroidas grau III e IV sintomáticas. Ao longo dos anos, várias modificações foram feitas na técnica original a fim de obter melhores resultados.

Objetivo: Visando difusão da técnica correta, este vídeo de cirurgia ao vivo foi apresentado no curso sobre doenças orificiais oferecido pela Sociedade Brasileira de Coloproctologia aos residentes do segundo ano de coloproctologia.

Métodos: C.S.S., 32 anos, sexo feminino, hígida, cirurgia cesariana e colocação de prótese mamária prévias, queixa de sangramento retal esporádico e dor anal há 2 anos. Ao exame proctológico observados 3 mamilos hemorroidários externos Grau IV às 12, 4 e 9 h, além de 2 mamilos internos, esfíncter com leve hipertonia. Paciente submetida a Hemorroidectomia à Ferguson, sob raquianestesia, em posição de semilitotomia. Realizada secção da pele em fuso ao redor do mamilo hemorroidário, dissecação da musculatura esfíncteriana do complexo hemorroidário com bisturi elétrico. Realizado ponto transfixante na base do mamilo hemorroidário com Vicryl 2-0, seguido de ligadura e secção do mesmo. Fechamento da mucosa com Vicryl 4.0 à Ferguson. Repetido o procedimento para todos os mamilos, seguido de revisão da hemostasia e aplicação de curativo estéril.

Resultado: Paciente recebeu alta no 1° PO, com bom controle algico, ferida operatória em bom aspecto. No retorno

ambulatorial paciente negava novos episódios de sangramento e dor.

Conclusão: O fechamento da ferida na técnica a Ferguson ajuda a reduzir a dor pós-operatória e assegura uma cicatrização mais rápida. A hemorroidectomia fechada com Ferguson ainda pode ser considerada o padrão ouro ao qual outras técnicas são comparadas, sendo procedimento de rotina da Coloproctologia. O emprego da técnica correta previne complicações em pós-operatório imediato e tardio.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.386>

VL35

CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA URETRORRETAL POR OPERAÇÃO TRANSANAL ENDOSCÓPICA



Marley Ribeiro Feitosa, Rogerio Serafim Parra, Omar Féres, José Joaquim Ribeiro da Rocha, Raquel Fernandes Coelho

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: A fistula uretrorretal (FRU) é complicação incomum e, na maioria dos casos, decorrente da prostatectomia radical. O tratamento é habitualmente cirúrgico, com risco de recorrência e impacto na qualidade de vida. O objetivo deste vídeo é demonstrar o primeiro caso de FRU pós-prostatectomia radical, tratado por operação transanal endoscópica (OTE).

Descrição do caso: Homem, 67 anos. Submetido a prostatectomia radical aberta por adenocarcinoma de próstata. Apresentou peritonite grave e choque no primeiro pós-operatório por deiscência da sutura vesico uretral e perfuração retal. Realizado laparotomia com lavagem da cavidade, colostomia em alça e sondagem vesical de demora. Após recuperação, evoluiu com saída de urina pelo ânus. Exame proctológico demonstrou orifício retal anterior, a 5 cm da rima anal, de 1.5 cm de diâmetro e com fibrose adjacente. Submetido à OTE em posição de canivete. Realizado dissecação e remoção de tecido fibroso, com exposição dos orifícios uretral e retal. Optou-se por rafia em planos, interpondo folheto de pericárdio bovino entre a sutura uretral e retal. Permaneceu com sonda vesical por dois meses, que foi removida após confirmação do fechamento completo da fistula, sem estenose. A colostomia foi fechada um mês após retirada da sonda vesical, sem intercorrências.

Discussão: Diversas técnicas podem ser utilizadas para o tratamento cirúrgico da FRU, entretanto os princípios cirúrgicos incluem: 1) exposição do trajeto fistuloso, com desbridamento de tecidos fibróticos e isquêmicos; 2) dissecação cuidadosa das estruturas anatômicas envolvidas; 3) sutura impermeável; 4) síntese em planos separados; 5) sutura sem tensão e sem sobreposição; 6) retalhos bem vascularizados; 7) drenagem urinária adequada. A derivação fecal, antes ou após a correção, é controversa. Este é o primeiro relato do uso da OTE para essa finalidade e o método oferece boa exposição do campo operatório, mobilidade satisfatória para o cirurgião

e baixa invasividade, já que dispensa abordagem abdominal combinada.

Conclusão: A OTE é pouco invasiva, sem morbidades adicionais e eficaz na correção da FRU pós-prostatectomia radical.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.387>

VL36

CORREÇÃO DE FÍSTULA RETOVAGINAL PÓS-DRENAGEM DE BARTOLINITE ATRAVÉS DE FISTULECTOMIA VIA TRANSVAGINAL COMO PRIMEIRA OPÇÃO DE TRATAMENTO



Letícia Nobre Lopes, Rafael Vaz Pandini, Aline Costa Mendes de Paiva, Miller Barreto de Brito e Silva, Rodrigo Ambar Pinto, Sergio Carlos Nahas, Ivan Ceconello

Faculdade de Medicina (FM), Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: As fistulas retovaginais representam um desafio para cirurgiões e determinam grande morbidade para as pacientes.

Objetivo: Demonstrar que a técnica através do reparo transvaginal, para pacientes com função esfíncteriana preservada, pode garantir bons resultados.

Métodos: G.B.S.M., 25 anos. Hemorroidectomia excisional há 6 anos e Bartolinite drenada previamente, nulípara, com queixa de saída de fezes pela vagina há 5 anos e diversos episódios de infecção urinária. Índice de incontinência fecal 0/20. Negava fecalúria e pneumatúria. Ao exame proctológico presença de mamilos hemorroidários externos às 4, 5 e 7 h sem sinais de trombose, orifício em canal anal às 12 h, a 3 cm da borda anal e orifício na linha média próximo ao introito vaginal, com drenagem de pequena quantidade de secreção espessa, tônus esfíncteriano preservado. Realizou investigação com videodefecograma identificado eixo anorretal preservado, mobilidade anorretal presente às manobras de contração, continência adequada à Valsalva e bom relaxamento do músculo puborretal. TC de abdome e pelve com contraste VR com acúmulo de contraste iodado na vagina, como sinal indireto de fistula. Paciente submetida à fistulectomia via vaginal, iniciado procedimento identificando trajeto transesfíncteriano, em parede anterior, com estilete entre os orifícios. Realizada incisão em fuso ao redor do orifício fistuloso vaginal, seguida de dissecação do trajeto com tesoura, em direção à base da fistula, preservando a parede do reto. Realizados dois pontos transfixantes com PDS 2-0 na base do trajeto fistuloso, seguido de sua ressecção, aproximação das camadas musculares em 3 planos, perpendiculares entre si, com pontos em X de PDS 3-0 nas duas primeiras camadas e caprofyl 3-0 na camada mais superficial. Revisada hemostasia e aproximação da mucosa vaginal com chuleio de vicryl 3-0. Estilete reintroduzido pelo orifício do canal anal, sem progressão, conferindo a oclusão completa do trajeto fistuloso.

Resultados: Paciente recebeu alta no 4º PO, com evacuações pastosas, sem dor evacuatória e sem drenagem vaginal, sem evidências de fistula até o momento no acompanhamento ambulatorial.

Conclusão: Em pacientes com função esfinteriana preservada, sem abordagens prévias, a fistulectomia com abordagem transvaginal é uma opção adequada com bons resultados no tratamento das fístulas retovaginais.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.388>

VL37

HEMORROIDECTOMIA EXCISIONAL COM LIGASURE™- VÍDEO DEMONSTRATIVO DE CIRURGIA AO VIVO PARA CURSO DE RESIDENTES DA SBCP



Rafael Vaz Pandini, Aline Costa Mendes de Paiva, George Felipe Bezerra Darce, Cintia Mayumi Sakurai Kimura, Sergio Eduardo Alonso Araujo, Sergio Carlos Nahas, Ivan Ceconello

Faculdade de Medicina (FM), Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A doença hemorroidária afeta até um quarto de todos os adultos, existem inúmeras intervenções para o seu tratamento. Recentemente, foram introduzidas novas alternativas de tratamento de hemorroidas, como a hemorroidectomia excisional com Ligasure™, visando reduzir os danos, mantendo ou melhorando os resultados. A escolha do tratamento deve ser adaptada ao indivíduo com base na escolha do paciente, habilidade do cirurgião e grau da doença hemorroidária.

Objetivo: Vídeo de cirurgia ao vivo apresentada no curso sobre Doenças orificiais oferecido pela Sociedade Brasileira de Coloproctologia aos residentes do segundo ano de Coloproctologia.

Método: E.A.S., 51 anos, antecedente de cardiomiectomia com funduplicatura por megaesôfago chagásico, dislipidêmico. Paciente com queixa de sangramento, prolapso hemorroidário e dor evacuatória intermitente há cerca de 2 anos, referindo continência esfinteriana preservada. Ao exame proctológico observados plicomas em borda anal, 3 botões hemorroidários internos às 3h, 7h e 11 horas. Paciente submetido à Hemorroidectomia excisional de mamilos grau IV às 3, 7 e 11 horas, sob raqui-anestesia, profilaxia com Cefoxitina, em posição de semi-litotomia. Incisão da pele em raquete/fuso ao redor de mamilo hemorroidário, dissecação da musculatura esfinteriana do complexo hemorroidário com Ligasure. Realizada secção do pedículo com Ligasure e fechamento da mucosa com vicryl 4.0 à Ferguson. Repetido procedimento para demais mamilos hemorroidários. Secção de plicoma anal às 6h, revisão de hemostasia e realização de curativo com gelfoam e gaze.

Resultado: Paciente recebeu alta no 1º PO, em boas condições clínicas, bom controle algico e ferida operatória em bom aspecto.

Conclusão: A hemorroidectomia fechada com dispositivos de corte diatérmico ou ultrassônico pode diminuir o sangramento e a dor no pós-operatório, possibilitando recuperação mais rápida para os pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.389>

VL38

HEMORROIDOPEXIA POR PPH – VÍDEO DEMONSTRATIVO DE CIRURGIA AO VIVO PARA CURSO DE RESIDENTES DA SSCP



Cintia Mayumi Sakurai Kimura, Rafael Vaz Pandini, Letícia Nobre Lopes, José Américo Bacchi Hora, Carlos Frederico Sparapan Marques, Sergio Carlos Nahas, Ivan Ceconello

Faculdade de Medicina (FM), Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A doença hemorroidária acomete 4% da população mundial, sendo uma das principais queixas nos ambulatórios de coloproctologia. Visando reduzir o tempo cirúrgico, sangramentos, dor pós-operatória e rápida recuperação funcional, novas técnicas cirúrgicas vem sendo desenvolvidas, com destaque atualmente ao PPH. Vídeo de cirurgia ao vivo apresentada no curso sobre Doenças Orificiais oferecido pela Sociedade Brasileira de Coloproctologia aos residentes do segundo ano de Coloproctologia.

Objetivo: Demonstrar a padronização técnica da hemorroidectomia com PPH.

Métodos: J.O.L., masculino, 63 anos. Paciente com antecedente de doença hemorroidária interna grau II submetido a duas ligaduras elásticas prévias, sem melhora, mantendo prolapso, agora redutível apenas ao toque, sendo indicado tratamento cirúrgico. Negava sangramento ou distúrbios da continência fecal. Ao exame proctológico, identificados 3 mamilos hemorroidários internos às 3, 5 e 9h. Realizada sutura em bolsa englobando mucosa e submucosa com ponto contínuo de prolene, 2 cm acima da linha pectínea. Introduzido grampeador PPH, com ajuste da sutura e grampeamento sem intercorrências, com produto de ressecção íntegro e homogêneo. Controle rigoroso da hemostasia e curativo local.

Resultados: Paciente sem intercorrências no pós-operatório, com ferida operatória em bom aspecto, sem sangramentos e com bom controle algico, recebendo alta no 1º PO.

Conclusão: Também conhecida como hemorroidopexia, o PPH apresenta bons resultados quando respeitadas as indicações sendo a técnica correta de fundamental importância na prevenção de complicações e recidiva.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.390>

VL39

PRESERVAÇÃO ESFINCTERIANA NO TRATAMENTO DA FÍSTULA ANAL COMPLEXA – LIFT



Sthela Maria Murad Regadas^{a,b}, Nathalia Franco Cavalcanti^{a,b}, Francisco Sergio Pinheiro Regadas^{a,b}, Lusmar Veras Rodrigues^{a,b}, Felipe Ramos Nogueira^{a,b}, Jose Jader Mendonça Filho^{a,b}

^a Hospital Universitário Walter Cantídeo (HUWC), Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

^b Hospital São Carlos, Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: A ligadura do Trajeto no espaço interesfintérico foi inicialmente descrito em 1993 por Philips e foi simplificada por Rojanasakul em 2007. O primeiro cirurgião propôs a excisão do componente extraesfintérico do trajeto fistuloso, enquanto o segundo sugeriu a curetagem. Esta técnica denominada LIFT (ligadura interesfintérica do trajeto fistuloso) tem sido utilizada como primeira linha no tratamento da fistula anal com preservação esfintérica por muitos cirurgiões no mundo todo.

Objetivo: Demonstração da anatomia e detalhes da técnica LIFT realizada para tratamento da fistula anal complexa.

Método: Operação de LIFT realizada em 3 pacientes do sexo feminino, portadoras de fistula anal Trans-esfintérica complexa, cujas foram submetida à avaliação com o ultrassom anorretal Tridimensional (US-3D) e manometria anorretal no pré e no pós-operatório. A técnica consiste na identificação do posição do trajeto fistuloso, o orifício fistuloso externo (OE) e da cateterização com estilete para visualização do orifício fistuloso interno. Identificação do espaço inter-esfintérico e realização de uma incisão curva na pele de aproximadamente 2 cm. Abertura do espaço interesfintérico com identificação do trajeto fistuloso, isolamento e ligadura proximal e distal do trajeto por transfixação com fio de poliglactina, 2-0. Secção do trajeto fistuloso e ligadura dos cotos proximais e distais do trajeto. Injeção de H₂O₂ para confirmação da ligadura eficaz do trajeto, sem vazamento. Aproximação do espaço interesfintérico e da pele no local da incisão prévia. Realizada abertura e curetagem do OE e trajeto fistuloso remanescente.

Resultados: O US-3D demonstrou 3 fistulas Anais Trans-esfintérica, localizada uma no quadrantes ânterolateral esquerdo com comprometimento de 60% da musculatura esfintérica, duas outras no quadrante ânterolateral direito na posição para-vaginal com comprometimento de 100% da musculatura esfintérica. As pressões anais normais. Realizada a operação do LIFT conforme técnica descrita sem intercorrências. Pacientes apresentaram cicatrização completa no período máximo de 3 meses, sem complicações. Realizado novo US-3D após 3 meses da cicatrização, evidenciando fibrose no espaço interesfintérico e no local do trajeto remanescente. Seguimento um ano.

Conclusão: A técnica cirúrgica foi eficaz com a vantagem da preservação esfintérica em paciente do sexo feminino,

jovem com e história previa de parto vaginal e fistula Trans-esfintérica complexa

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.391>

VL40

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRÓIDAS PELA TÉCNICA DE DESARTERIALIZAÇÃO HEMORROIDÁRIA TRANSANAL SEM O USO DO ULTRASSOM DOPPLER



Mychelly de Sá Carvalho, Alexande da Silva Nishimura, Evelyn Cristina Rosa da Granja Batalini, Larissa dos Santos Gonçalves Gil, Mariana David Hackel, Desiree Piccoli de Oliveira, Marcelo Carlos de Sá Carvalho

Santa Casa de Ourinhos, Ourinhos, SP, Brasil

Objetivo: A cirurgia para tratamento hemorroidário Desarterialização Hemorroidária Transanal (THD) é indicada para tratar as hemorróidas de grau 2, 3 ou 4. A cirurgia é realizada sem cortes, onde é utilizado o Ultrassom Doppler para identificação dos plexos hemorroidários, depois de identificados irá ser realizada a desarterialização com pontos contínuos. Esse trabalho tem como objetivo apresentar um vídeo livre com a descrição da realização desse procedimento executado pelo residente do segundo ano de cirurgia geral sob supervisão de um coloproctologista, onde executamos este procedimento sem o uso do ultrassom Doppler.

Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo através da análise de prontuários de pacientes que foram submetidos a tratamento cirúrgico executados por médicos residentes do segundo ano de Cirurgia Geral de um Hospital do interior de São Paulo sob supervisão de um coloproctologista, entre o período de janeiro de 2015 a maio de 2018.

Resultados: Foram analisados 70 prontuários, o qual os 25 pacientes deste estudo apresentavam hemorróida grau II, 33 grau III, e 12 apresentavam hemorróida grau IV, a técnica operatória utilizada em todos os casos foi a desarterialização dos plexos hemorroidários através da hemorroidopexia sem o uso do ultrassom doppler devido tratar-se de pacientes do sistema único de saúde (SUS) e não termos os equipamentos disponíveis para realização desse procedimento, os resultados obtidos no nosso serviço foram: sexo: feminino 48, masculino 32; faixa etária média de 36 anos; o tempo cirúrgico variou entre 30-50 minutos; de complicações apresentaram tenesmo em 8 casos, plicoma residual em 2 casos, sangramento em 1 caso, fecaloma em 1 caso; a média de internação hospitalar de 1 dia; retorno no trabalho em média de 8 dias; 50 pacientes receberam alta ambulatorial após o primeiro retorno, 15 receberam alta após 15 dias de acompanhamento e 5 pacientes após 1 mês de seguimento; as principais queixas no retorno ambulatorial eram proctalgia moderada, com melhora ao uso de sintomáticos.

Conclusão: Os resultados obtidos no nosso serviço, mostraram que a THD sem o uso do Ultrassom Doppler é factível de ser executada, o qual obtivemos bons resultados cirúrgicos. No qual o paciente tem menos dor no pós operatório,

retorno mais precoce as atividades, e alta ambulatorial mais precoce.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.392>

VL41

TRATAMENTO CIRÚRGICO VIA PERINEAL DO PROLAPSO TOTAL DO RETO



André Luigi Pincinato, Alexandre Andrade da Silva Cherao, Rafaela Cavalcante das Neves Barbosa, Paola Trindade Meinicke, Bruna Lima Daher, Fernanda Bellotti Formiga, Idblan Carvalho de Albuquerque

Hospital Heliópolis, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O prolapso retal é definido como uma protrusão da parede retal através do orifício anal resultante de um distúrbio do assoalho pélvico. Considerado de espessura total quando há envolvimento de todas as paredes do intestino. Sua etiologia apesar de não ser bem compreendida apresenta duas teorias, Moschowitz (1912) propôs ser uma hérnia de deslizamento e Davadhar (1965) uma intusseção simétrica retorrental. Apresenta picos bimodais, sendo as mulheres mais afetadas, principalmente maiores de 50 anos e múltiparas. O tratamento conservador raramente resulta no controle do prolapso. Dentre as abordagens cirúrgicas, incluem a abordagem perineal e a abdominal. A decisão do procedimento ideal deve ser individualizada devido seu caráter benigno visando o risco perioperatório e qualidade de vida. Os resultados gerais das cirurgias abdominais são superiores podendo utilizar diversas técnicas como operação de Lahaut, retopexia e segmoidectomia (Frykman e Goldberg), sacropromontofixação e podem ser realizadas tanto por laparotomia como por laparoscopia. Tradicionalmente abordagem perineal é reservada para idosos, pacientes com comorbidades moderadas ou graves, pois podem ser realizados sob anestesia local e é geralmente bem tolerado por ser menos invasivo. As abordagens perineais envolvem redução do orifício anal (Thiersch), ressecção da mucosa (Délorme), e retossigmoidectomia perineal (Altemeier).

Objetivos: Demonstrar através de dispositivos áudio-visuais procedimentos cirúrgicos via perineal para o tratamento de prolapso total do reto.

Métodos: Realizado gravações de vídeo e imagens de procedimentos cirúrgicos via perineal para o tratamento de prolapso total do reto em um hospital terciário no estado de São Paulo.

Discussão: No vídeo será apresentado três técnicas para o tratamento cirúrgico perineal para prolapso total do reto, primeiro a técnica de retossigmoidectomia perineal (Altemeier), Thiersch e, por último, cirurgia de Delorme.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.393>

VL42

CIRURGIA DE ALTEMEIER PARA TRATAMENTO DE PROCIDÊNCIA DE RETO



Leticia Nobre Lopes, Rodrigo Ambar Pinto, Cintia Mayumi Sakurai Kimura, Lucas Catapreta Stolzenburg, Sergio Carlos Nahas, Ivan Ceconello

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

Introdução: A cirurgia de Altemeier, ou retossigmoidectomia perineal, é uma cirurgia com bons resultados para o tratamento da procidência de reto, sendo indicada sobretudo para pacientes mais idosos e com mais comorbidades, devido a baixa morbidade associada ao procedimento. Objetivo: demonstrar a cirurgia de Altemeier para o tratamento da procidência de reto.

Métodos: Paciente J.A.R., homem, 66 anos, com antecedente de insuficiência renal crônica dialítica, doença policística hepatorenal, hipertensão, revascularização miocárdica há 25 anos e procidência de reto há 4 anos, com score de Wexner de 20/20. Ao exame, apresentava prolapso de parede total do reto de 10 m, o qual era redutível com manobras digitais. Tinha uma manometria anorretal que mostrava hipotonia acentuada do esfíncter interno e demais parâmetros dentro da normalidade.

O procedimento se inicia com uma incisão circunferencial na mucosa a 2 cm da linha pectínea, abrindo toda a parede do reto. Prossegue-se então com uma dissecação no sentido cranial até a altura do fundo de saco, com abertura do mesmo. Ligam-se os vasos rente à parede do reto e sigmoide até que não haja mais redundância. Neste momento, realiza-se a secção do sigmoide e anastomose coloanal manual.

Resultados: O paciente teve boa evolução no pós-operatório, não necessitando de leito de UTI. Apresentou evacuação espontânea no 3º pós-operatório e recebeu alta hospitalar no 5º pós-operatório. Atualmente, encontra-se no 3º mês pós-operatório, sem recidiva da procidência, bom tônus de repouso porém com urgência evacuatória.

Conclusão: A retossigmoidectomia perineal Altemeier é uma opção segura para o tratamento de procidência de reto mesmo em pacientes com muitas comorbidades.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.394>

VL43

CRITÉRIOS TÉCNICOS PARA IMPLANTE IDEAL DA NEUROMODULAÇÃO SACRAL NO TRATAMENTO DOS DISTÚRBIOS DO ASSOALHO PÉLVICO

Sthela Murad Regadas^{a,b}, Francisco Sergio Pinheiro Regadas^{a,b}, Lusmar Veras Rodrigues^{a,b}, Lara Burlamaqui Veras^{a,b}, Rafaella Alcantara Alves Melo^{a,b}, Marina Murad Regadas^{a,b}, Carolina Murad Regadas^{a,b}

^a Hospital São Carlos, Fortaleza, CE, Brasil

^b Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: A neuromodulação sacral está indicada como terapêutica de escolha para pacientes com Incontinência fecal e/ou associada a outros distúrbios do assoalho pélvico que não responderam ao tratamento clínico.

Objetivo: Descrever a técnica do implante do eletrodo quadripolar na raiz Sacral-S3, visando uma reposta adequada a baixos estímulos elétricos em uma paciente com disfunções do assoalho pélvico.

Métodos: Paciente, 44 anos, 2 partos vaginais, com sintomas de incontinência fecal, escore da Cleveland Clinic 11/20, escore de Constipação da Cleveland Clinic de 12/30 e incontinência urinária. À manometria anorretal, baixas pressões e ao ultrassom anorretal, lesão parcial do esfíncter anal externo anterior. Sem melhora após o tratamento clínico e à reabilitação do assoalho pélvico. Submetida à fase I, paciente em decúbito ventral, com elevação da região lombossacra, sob sedação e anestesia local. Procede-se a marcação dos pontos anatômicos, bilateralmente, localizados a 9 cm acima da ponta do cóccix, correspondendo a junção sacrilíaca, e na linha média, posicionado a 2 cm lateralmente corresponde ao forame S3, confirmando com aradioscopia. Introdução da agulha a 1,5 cm acima dessa marcação, com angulação de 60°. A posição da agulha em S3 é confirmada pela radioscopia e verificada a resposta motora adequada em glúteos e hálux em cada lado. É escolhido o lado com a melhor resposta e o menor estímulo. Procede-se à colocação de fio guia e o dilatador. A introdução do eletrodo deve ser acompanhada por radioscopia, posicionando 3 polos distais ao longo da raiz sacral e um polo no forame S3. São realizados testes para avaliar a resposta em cada polo. Realiza-se a tunelização do eletrodo para uma incisão de 3 cm abaixo da crista ilíaca ipsilateral ao implante. Outra tunelização contralateral é realizada para conexão do estimulador externo. Segue-se a programação com o menor estímulo que tolerar.

Resultados: Após 15 dias, houve melhora maior 70% dos sintomas e foi indicado o implante definitivo. Realizado sob sedação e anestesia local, abertura da incisão previa da pele e exposição do eletrodo. Após a secção do extensor externo, conecta-se diretamente o eletrodo com a bateria que fica posicionada sob o tecido subcutâneo. Sem complicação.

Conclusão: A técnica é eficaz para tratamento dos distúrbios do assoalho pélvico com melhora expressiva dos

sintomas. No entanto, necessita da realização do implante na posição adequada para obtenção da melhor resposta.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.395>

VL44

ESFINCTEROPLASTIA ANAL COM RECONSTRUÇÃO EM ZETAPLASTIA

Rafael Vaz Pandini, Renan Rosetti Muniz, Leticia Nobre Lopes, Rodrigo Ambar Pinto, Isaac Jose Felipe Correa Neto, Sergio Carlos Nahas, Ivan Ceconello

Faculdade de Medicina (FM), Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Esfíncteroplastia anal anterior é o tratamento de escolha para incontinência fecal associado ao defeito do m. esfíncter externo.

Objetivo: Demonstrar a técnica de esfíncteroplastia anal, perineoplastia com reconstrução com retalho em zetaplastia.

Método: Paciente, 49 anos, feminina, 5 partos vaginais prévios e uma episiotomia, referindo incontinência anal com Score 15/20, Exame com presença de hipotonia importante do esfíncter anal interno (EAI) e da contração do esfíncter anal externo (EAE) e presença de cloaca. Manometria com pressão de repouso 18,1 mmHg pressão de contração do EAE 29,8 mmHg. Pressão total de contração voluntária 47,9 mmHg. USG endoanal: Falha anterior do esfíncter anal interno de 240° e do esfíncter externo do ânus de 139°. Técnica: Incisão em V na pele bilateral nas laterais do períneo- Incisão transversa no corpo perineal. Liberação dos Flaps para o retalho em zetaplastia Dissecção do septo retovaginal e separação entre a parede vaginal e a parede anterior do reto até 6 cm da BA, secção da vagina Dissecção dos cabos musculares do esfíncter anal externo. Aproximação do assoalho perineal (fibrose, tecido conjuntivo e resquílios dos m. esfíncter anal interno, transverso do períneo) com PDS 2.0. Aproximação dos cabos musculares bilateral do m. esfíncter externo anteriormente com PDS 2.0. Sutura da vagina com vicryl 3,0 e sutura de septo retogavinal com vicryl 2.0. Sutura entre o ânus e o períneo reconstruído com vicryl 3.0. Aproximação dos flaps de zetaplastia com vicryl 3.0 e fechamento da pele com nylon 4.0.

Resultados: Paciente evoluiu bem, Recebeu alta no 3° PO. Apresentou mínima deiscência da FO, sem sinais infecciosos. Avaliação funcional será realizada ambulatorialmente.

Conclusão: Esfíncteroplastia anterior tem resultados de aceitáveis à excelentes no longo prazo, especialmente em pacientes com idade menor que 50 anos.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.396>



VL45

RETOPEXIA ANTERIOR COM TELA PARA TRATAMENTO DA PROCIDÊNCIA RETAL



Rafael Vaz Pandini, Cintia Mayumi Sakurai Kimura, Rodrigo Ambar Pinto, Sergio Carlos Nahas, Aline Costa Mendes de Paiva, Isaac José Felipe Correa Neto, Ivan Ceconello

Faculdade de Medicina (FM), Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A cirurgia é o tratamento de escolha para a procidência retal. Múltiplos procedimentos cirúrgicos existem para o tratamento da procidência retal. A retopexia anterior com colocação de tela videolaparoscópica é uma das opções existentes para o tratamento desta.

Descrição do caso: A.B.P.Q. 70 anos, feminina. Queixa de prolapso em reto e incontinência fecal. Score de incontinência 19/20, Bristol 4, com 2 evacuações ao dia. Diabética, IAM prévio. EF com procidência retal de 5 cm, esfíncter com hipotonia moderada e ausência de lesões tocáveis. Colonoscopia evidenciando doença diverticular não complicada, e manometria anorretal com discreta hipotonia do esfíncter anal externo (55,6 mmHg). Submetida a retopexia anterior com colocação de tela de polipropileno e fixação no reto e no promontório. Paciente em Lloyd-Davis, identificação do promontório, abertura da reflexão peritoneal lateral à direita e anterior, dissecação do espaço retovaginal e septo retovaginal até o nível próximo ao introito vaginal, sutura da tela de polipropileno no reto distal com 6 pontos de Ethibond 3.0, sutura da parede posterior da vagina com a tela com 2 pontos de vicryl 3.0, sutura da região proximal da tela de polipropileno de 15 cm no promontório, fechamento da brecha peritoneal com vicryl 3.0.

Discussão: Paciente evoluiu bem com alta no 3º PO, sem intercorrências.

Conclusão: A retopexia ventral com colocação de tela VLP é uma alternativa para a procidência retal, tem recorrência na literatura em torno de 0 a 16% e complicações em torno de 3 a 40%, com melhora da incontinência anal em média de 45% no índice de incontinência, embora não exista consenso em qual procedimento é mais eficaz em relação recorrência, funcionamento intestinal e risco operatório.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.397>

VL46

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PROCIDÊNCIA DE RETO COM INCONTINÊNCIA ANAL - CIRURGIA DE DELORME ASSOCIADA À ESFÍNCTEROPLASTIA



Rafael Vaz Pandini, Rodrigo Ambar Pinto, Cintia Mayumi Sakurai Kimura, Lucas Catapreta Stolzenburg, Sergio Carlos Nahas, Ivan Ceconello

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

Introdução: A procidência de reto acomete principalmente mulheres idosas e multíparas. Pode causar incontinência fecal, comprometendo a qualidade de vida. O tratamento cirúrgico é a única forma de tratamento definitivo e a cirurgia de Delorme é uma opção eficaz e com baixa morbidade.

Objetivo: Demonstrar a cirurgia de Delorme associada a esfíncteroplastia para o tratamento de procidência de reto com incontinência anal.

Métodos: Paciente A.C.O., 71 anos, mulher, com antecedente de retossigmoidectomia por megacólon chagásico e colectomia direita por brida, ambos há 13 anos. Há 7 anos foi submetida a miotomia com fundoplicatura por megaesôfago e, no mesmo ano, a uma sacropromontofixação por procidência de reto. Após 4 anos, evoluiu com recidiva da procidência associada a incontinência anal, com score de Wexner de 17/20. Ao exame, notava-se prolapso de parede total do reto à manobra de Valsalva com 3 cm de extensão. A paciente tinha uma colonoscopia normal e uma manometria que mostrava canal anal ausente, reflexo inibitório reto-anal duvidoso, hipotonia das pressões de repouso e de contração voluntária e sinais de contração paradoxal do puborretal. Optou-se por um acesso perineal devido às cirurgias abdominais prévias. O procedimento começa com a paciente em posição de litotomia, sob raquianestesia. Realiza-se uma incisão na mucosa 1 cm acima da linha pectínea, com desenlucamento da mucosa e com exposição da camada muscular. É realizada então plicatura da camada muscular circunferencialmente, reduzindo o prolapso. Optou-se por realizar plicatura do m. esfíncter interno do ânus em sua porção posterior, como parte da esfíncteroplastia. Procede-se então com a sutura da mucosa, fechando a incisão. É feita uma incisão transversa no corpo perineal, com exposição do m. esfíncter externo do ânus e plicatura do mesmo. Em seguida, é realizado o fechamento do períneo.

Resultados: A paciente evoluiu bem, porém demorou a apresentar evacuação espontânea, tendo sido necessário realizar enema no 6º pós-operatório. Recebeu alta no 10º pós-operatório, com bom trânsito intestinal e ferida em bom aspecto. Atualmente encontra-se no 8º mês após a cirurgia, com melhora da incontinência (score de Wexner de 11) e sem recidiva da procidência.

Conclusão: A cirurgia de Delorme é uma opção segura para o tratamento da procidência do reto, principalmente em situações em que a via abdominal é dificultosa e

pode ser associada a esfínteroplastia no mesmo tempo cirúrgico.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.398>

VL47

ESFÍNCTEROPLASTIA COMO TRATAMENTO DE INCONTINÊNCIA FECAL

Christiane Diva Campos Veneroso, Anna Caroline Guerreiro, Jorge Benjamin Fayad, Luciana Paes Peixoto Netto, Rinaldo Prates Periard, Renata Rocha Barbi, Cristine Maria dos Santos Quintas

Hospital Federal de Ipanema, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A incontinência fecal é uma condição incapacitante e de significativas repercussões sócio-econômicas. Muitos destes pacientes apresentam história clínica de lesão do músculo esfínter anal externo, seja de origem iatrogênica, traumática ou obstétrica. Para estes casos, após estabelecer que não existe dano neurológico e que as fibras musculares do esfínter remanescente possuem função contrátil preservada, a esfínteroplastia anterior é a opção de tratamento cirúrgico de escolha.

Caso clínico: ASN, feminino, 59 anos, G10 PN7 PC1 A2, apresentando urgência e incontinência fecal após trauma obstétrico, com falha do esfínter na região mediana anterior ao exame proctológico. Submetida a esfínteroplastia, com melhora importante da hipotonia ao toque retal e remissão completa dos sintomas em 2 meses.

Discussão: Completa avaliação do paciente com incontinência fecal é fundamental para estabelecer a melhor conduta terapêutica, realizando anamnese detalhada, exame físico, e avaliação da anatomia e fisiologia da musculatura esfínteriana através de exames complementares. A esfínteroplastia anterior por sobreposição de cotos musculares foi descrita por Parks e McParthin e, 1971 e modificada posteriormente por Slade, sendo a técnica mais utilizada atualmente. O índice de sucesso deste procedimento é de 50 a 80% e a recidiva aumenta gradativamente após 3 a 5 anos da cirurgia. Este fato pode ser atribuído à degeneração tecidual decorrente da idade, estiramento da cicatriz e a progressiva deteriorização do nervo podendo. Nova esfínteroplastia pode trazer bons resultados em aproximadamente metade desses pacientes.

Conclusões: Tivemos resultado satisfatório na esfínteroplastia realizada para incontinência fecal de paciente com lesão anal, influenciando positivamente em sua qualidade de vida. Considerando que o índice de recidiva aumenta após alguns anos do tratamento cirúrgico, deve haver acompanhamento ambulatorial regular e os resultados monitorizados através da avaliação da fisiologia anal.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.399>

VL48

ANASTOMOSE INTRACORPÓREA: TÉCNICA E RESULTADO

Univaldo Etsuo Sagae^{a,b}, Doryane Maria dos Reis Lima^{a,b}, Gustavo Kurachi^{a,b}, Vitor Sagae^{a,b}, Ivan Roberto Bonotto Orso^{a,b}, Karina Correa Ebrahim^{a,b}

^a Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, Toledo, PR, Brasil

^b Gastroclínica Cascavel, Cascavel, RS, Brasil

Objetivo: Avaliar benefícios da anastomose intracorpórea em colectomias esquerda.

Métodos: Estudo retrospectivo realizado entre 03/2011 e 03/2017 que envolveu 45 mulheres e 13 homens com endometriose intestinal no segmento retossigmoide com indicação de cirurgia radical, pacientes obesos /idosos com doenças malignas e também pacientes com doenças benignas. A cirurgia videolaparoscópica foi realizada por uma equipe de cirurgiões colorretais com ressecção do retossigmoide com secção do reto com endogrampeador e colocou-se a ogiva com o perfurador acoplado ou com o fio agulhado preconizado por Oliveira, Bertulucci e Lacerda (2014) desenvolvido no IRCAD, dentro da cavidade abdominal e introduziu-se a ogiva na luz do cólon por uma incisão longitudinal logo abaixo da altura da anastomose, perfurou-se na parede contra mesenterial com o perfurador ou agulha e seccionou-se o cólon na altura desejada com vascularização conservada, a abertura do cólon foi suturada de rotina antes da sua retirada dentro de um bag. A peça foi retirada pelo orifício do portal quando menores e meso magro, em homens. Peças maiores pela incisão de Pfannestiel e em casos selecionados com vagina favorável, com peças de até 7 cm de diâmetro, idosas, obesas ou jovens com endometriose com acometimento da vagina.

Resultados: Cinquenta e oito pacientes com seguimento de 2 anos, tempo cirúrgico semelhante, foi utilizada uma carga de endogrampeador a mais para secção do cólon intracorpórea, não houve fístulas, eliminação de flatus no primeiro dia, aceitação da dieta no primeiro dia, alta hospitalar média no terceiro dia. Três casos de sangramento sem necessidade de intervenção e transfusão, 2 casos de subestenose de anastomose com dilatação endoscópica, não houve infecção de incisão e abscesso peritoneal.

Conclusão: Os mesmos benefícios da colectomia é totalmente transferido para a colectomia esquerda, gradativamente esta técnica tem uma forte tendência de tornar-se de uso rotineiro e preferencial devidos os resultados promissores e o progressivo aumento da habilidade de sutura intracorpórea pelos laparoscopistas.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.400>

VL49

ASPECTOS TÉCNICOS DA RETIRADA DO
ESPÉCIME CIRÚRGICO POR VIA TRANSRETAL
NA RETOSSIGMOIDECTOMIA
VIDEOLAPAROSCÓPICA NA ENDOMETRIOSE
INFILTRATIVA PROFUNDA



Renato Gomes Campanati, Lívia Cardoso Reis,
Magda Maria Profeta da Luz, Bernardo Hanan,
Kelly Cristine de Lacerda Rodrigues Buzatti,
Ana Carolina Parussolo André, Rodrigo
Gomes da Silva

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

Introdução: Endometriose consiste em uma afecção ginecológica comum, atingindo de 5%-15% das mulheres no período reprodutivo. Essa doença é definida pelo implante de estroma e/ou epitélio glandular endometrial em localização extrauterina. A maioria das pacientes apresenta sintomas, em diferentes intensidades, sendo os principais dismenorréia, dor pélvica crônica, infertilidade, dispareunia, sintomas intestinais e urinários. O tratamento medicamentoso não promove a cura ou desaparecimento das lesões, apenas melhora dos sintomas clínicos e eventualmente o retardo na evolução das lesões. A cirurgia é a terapêutica de escolha, preferencialmente por videolaparoscopia. A ressecção das lesões e aderências permitem uma melhora da qualidade de vida com diminuição ou extinção da dor e retorno a fertilidade em grande parte das pacientes.

Descrição do caso: Paciente, sexo feminino, 34 anos, com relato de dor pélvica crônica. Diagnóstico de endometriose pélvica profunda, refratária a tratamento clínico durante mais de 6 meses. Submetida a tratamento cirúrgico via laparoscópica com ressecção de implantes ovarianos e retossigmoidectomia, com extração do espécime cirúrgico por via retal.

Discussão: A endometriose geralmente apresenta um padrão assimétrico de distribuição das lesões, com predomínio no compartimento pélvico posterior e do lado esquerdo da pelve. Como o objetivo principal do tratamento cirúrgico é o de remover completamente todas as lesões profundas, a localização das lesões determina a escolha da técnica cirúrgica em cada caso. A endometriose infiltrativa profunda frequentemente apresenta lesões infiltrando o septo reto-vaginal, que muitas vezes requer ressecção cirúrgica para controle dos sintomas. Uma vez que ocorre normalmente em mulheres jovens, a retirada da peça por via retal ou vaginal prescinde da realização de incisão cirúrgica acessória e, consequentemente, possibilidade de recuperação pós-operatória mais acelerada e melhor imagem corporal.

Conclusão: As lesões da endometriose pélvica profunda têm uma tendência de ser multifocal, afetar preferencialmente o compartimento pélvico posterior e comprometer o reto em uma parcela significativa das pacientes. Uma vez que uma parcela das pacientes deverão ser submetidas a ressecção cirúrgica das lesões, a utilização de técnicas minimamente invasivas e extração transretal do espécime cirúrgico permite

melhor cosmese e possivelmente melhor recuperação pós-operatória.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.401>

VL50

CIRURGIA CONSERVADORA NO RETO E
RADICAL NO SIGMOIDE EVITA LARS EM
ENDOMETRIOSE PROFUNDA?



Univaldo Etsuo Sagae^{a,b}, Doryane Maria dos
Reis Lima^{a,b}, Gustavo Kurachi^{a,b}, Vitor
Sagae^{a,b}, Barbara Pereira de Lara^{a,b}, Ivan
Roberto Bonotto Orso^{a,b}, Namir Cavalli^{a,b}

^a Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz,
Toledo, PR, Brasil

^b Gastroclínica Cascavel, Cascavel, RS, Brasil

Objetivos: Demonstrar a factibilidade e benefícios na associação de técnica cirúrgica conservadora no reto associando a ressecção segmentar somente no cólon sigmoide nas lesões estenosantes, deformantes e múltiplas em pacientes portadoras de endometriose profunda, com intuito de preservar o máximo do reto médio e baixo e evitar suas sequelas mesmo sendo necessária a ressecção do sigmoide.

Métodos: Dez pacientes portadoras de endometriose infiltrativa demonstrada por exames de imagem, acometendo o reto médio e ou baixo associado a lesões infiltrativa e deformante no sigmoide, foram submetidas a tratamento cirúrgico videolaparoscópicas entre 2016 e 2017. A retirada da lesão no reto foi feita pela técnica de shaving nos nódulos superficiais ou em disco nas lesões profundas que acometem a camada muscular ou além desta camada. Nas lesões maiores e profundas associou-se à técnica de shaving de maneira agressiva, como único propósito a diminuição do tamanho, camada espessa e parte endurecida da lesão, com aplicação de sutura de aproximação nas bordas sadia para caber na mandíbula do grampeador. Nas lesões no sigmoide, a conduta preconizada foi a ressecção segmentar. Cinco pacientes submetidas a técnica de shaving no reto e segmentar no sigmoide, outras 5 pacientes foram submetidas a técnica de disco no reto e segmentar no sigmoide com anastomose intracorpórea em duplo grampeamento e a retirada da peça foi pelo portal de 12 mm na fossa ilíaca direita em 8 casos e vaginal em 2 casos.

Resultados: O tempo médio de cirurgia foi de 55 minutos. Não houve necessidade de colocação de dreno contrário. A média da perda de sangue foi de 80 ml. O tempo de internamento foi de dois dias (1-3). As pacientes foram avaliadas sobre a função intestinal, sem queixas evacuatórias.

Conclusão: Associação de técnicas, conservadora no reto e radical no sigmoide, em lesões múltiplas do retossigmoide, é factível e proporciona boa qualidade de vida.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.402>

VL51

CIRURGIA DE SWENSON MODIFICADA PARA TRATAMENTO DE MEGACÓLON CONGÊNITO



José Bahia Filho, Lucca Bahia Sapucaia, Rodrigo Sapucaia, Paloma Sapucaia, Crhistiano Fraguas, Carlos Ramon Mendes, Renata Bahia Sapucaia, Renata Bahia Sapucaia

Clínica Dr. José Bahia Sapucaia, Salvador, BA, Brasil

Introdução: O megacólon congênito, ou doença de Hirschsprung, ou Aganglionose, caracteriza-se pela distensão abdominal, ausência de eliminação de fezes, sendo diagnosticado pela ausência de reflexo reto esfíncteriano na manometria anorretal e na biópsia retal, ausência de células ganglionares no plexo de Meissner e Auerbach.

Objetivo: O objetivo desse vídeo é demonstrar a técnica de Swenson modificada por videolaparoscopia com anastomose externa colo-retal.

Métodos: Foram realizadas 30 cirurgias por essa técnica, com predominância do sexo masculino, com 19 pacientes, e no sexo feminino 11 pacientes. As idades variaram de 2 a 6 anos de idade, e tempo de internação de 3 a 20 dias.

Resultados: Os resultados dessa abordagem se mostraram bem satisfatórios, reduzindo os custos do procedimento, aumentando a segurança da anastomose, já que é realizada sobre visão direta e manualmente, fácil reprodutibilidade e garantia da altura da anastomose há 3cm da linha pectínia.

Conclusão: A cirurgia de Swenson por videolaparoscopia, com anastomose colo-retal externa é bastante eficaz, com índices de deiscência diminuídos, com fácil reprodutibilidade.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.403>

VL52

CORREÇÃO DE HÉRNIA PERINEAL COM COLOCAÇÃO DE TELA POR VIDEOLAPAROSCOPIA



Ramir Luan Perin, Ivan Folchini de Barcelos, Eron Fabio Miranda, Fernanda da Silva Barbosa, Renato Vismara Ropelato, Paulo Gustavo Kotze

Hospital Universitário Cajuru (HUC), Curitiba, PR, Brasil

Introdução: A hérnia perineal é definida como um defeito do assoalho pélvico através do qual as vísceras intra-abdominais podem protrar. A hérnia perineal pode ser primária (congénito) ou secundária (pós-operatório). Apesar da baixa incidência de HP, várias técnicas cirúrgicas foram propostas para preveni-la ou tratá-la, mas nenhuma delas é considerado um tratamento padrão-ouro.

Metodologia: Demonstra um vídeo de correção de hérnia perineal videolaparoscópica de um paciente de 92 anos, com história de adenocarcinoma de reto baixo. Submetido

a amputação abdominoperineal do reto videolaparoscópica. Evoluiu após cerca de 3 meses com hérnia perineal. Feita a correção da hérnia perineal por via videolaparoscópica após cerca de 8 meses da primeira cirurgia. Identificação de alças de intestino delgado em saco herniário prévio, após descolamento das mesmas com tesoura a frio, foi posicionada uma tela composta E/X BARD, não absorvível, com uma camada e o acabamento em volta de toda tela de ePTFE (politetra-fluor-etileno estendido). A tela foi fixada com fio de prolene 3-0 anteriormente no peritônio posterior da bexiga, lateralmente nos peritônios laterais remanescentes e posteriormente no promontório. Feita sutura de reforços nas brechas da tela para evitar interposição de vísceras. Após, posicionou-se o paciente em posição de litotomia para correção cosmética da pele, foi retirado o excesso de pele e realizou-se sutura primária.

Resultados: As vantagens conhecidas da cirurgia minimamente invasiva, como menor tempo de internação hospitalar, taxa reduzida de infecção do ferimento, melhor conforto e recuperação do paciente e melhores resultados cosméticos, estão presentes na correção de hérnia perineal por via videolaparoscópica. O paciente apresentado recebeu alta hospitalar no segundo dia de pós-operatório, evoluiu sem intercorrências, sem recidiva até o presente momento e com adequado resultado estético da ferida perineal.

Conclusão: O tratamento videolaparoscópico da hérnia perineal é factível e o posicionamento da tela de ePTFE pode produzir bons resultados.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.404>

VL53

DIFERENTES ABORDAGENS INTESTINAIS NA ENDOMETRIOSE PROFUNDA INFILTRATIVA



Thaís Barbosa da Silva^{a,b}, Luciana Maria Pyramo Costa^{a,b}, Ivete de Avila^{a,b}, Luciano Freitas Souza^{a,b}, Kanthya Arreguy Borges de Sena^{a,b}, Helio Antonio Silva^{a,b}, Liana David de Matos^{a,b}

^a Hospital Biocor, Modi das Cruzes, SP, Brasil

^b Hospital Militar de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

A endometriose profunda infiltrativa com obliteração parcial ou total da pelve e infiltração intestinal é um achado relativamente comum nos Serviços de referência dessa doença, tornando-se um desafio para o coloproctologista. Trata-se de doença benigna que acomete mulheres em idade fértil, causando, com frequência, prejuízo à qualidade de vida das mesmas. O tratamento multidisciplinar é mandatório e o proctologista tem um papel fundamental nesse processo, uma vez que deve ser agressivo ao remover completamente todas as lesões visíveis, mas conservador diante das ressecções intestinais, evitando, assim, prejuízos funcionais. Os autores mostram uma série de abordagens diferenciadas das lesões intestinais (retossigmoides, intestino delgado e apêndice), dando ênfase tanto aos tipos de ressecções possíveis (ressecção segmentar convencional e intracorpórea, ressecção a disco simples e duplo e *shaving*) quanto às técnicas de

reconstrução do trânsito, visando sempre cirurgia completa e minimamente invasiva.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.405>

VL54

ENDOMETRIOSE DE SEPTO RETOVAGINAL E LIGAMENTO UTEROSSACRO



Rafael Vaz Pandini, Rodrigo Ambar Pinto, Camila Barião da Fonseca Miyahara, Sergio Edgar Camões Conti Ribeiro, Ana Luiza Tonisi Pinto Helito, Sergio Carlos Nahas, Ivan Ceconello

Faculdade de Medicina (FM), Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A endometriose é definida como glândulas endometriais e estroma que ocorrem fora da cavidade uterina, geralmente localizadas na pelve, mas podem ocorrer em vários locais, incluindo intestino, diafragma e cavidade pleural. Embora não seja maligno, o tecido endometrial ectópico e a inflamação resultante podem causar dismenorreia, dispareunia, dor crônica e infertilidade. Os sintomas podem variar de mínimos a severamente debilitantes. A endometriose é uma doença inflamatória benigna, dependente de estrogênio. Terapias para dor pélvica relacionada à endometriose incluem analgésicos, tratamentos hormonais e intervenção cirúrgica.

Descrição do caso: T.F.L. 37 anos, feminina. Queixa de infertilidade secundária à endometriose, com queixa algica e cólicas associadas, refratária ao uso de Pietra. GPO. USG com preparo: Útero de 75 cc, Ovário Direito retrocervical, aderido aos ovário contralateral e retossigmoide, com provável endometrioma de 0,8cm (ovário de 4 cc). OE retrocervical, aderido ao ovário contralateral e retossigmoide com conteúdo hemorrágico e medindo 4,1 × 3,9 × 3,0 cm. Espessamento retrocervical bilateral à direita de 1,2 × 0,6 e à esquerda de 2,1 × 1,0; aderidos aos ovários. Dilatação serpingiforme aneal esquerda de 6,7cm com conteúdo espesso tipo vidro fosco e sem fluxo ao Doppler. Espessamento parietal em região retossigmoidea distando 8 cm da borda anal, envolvendo muscular própria de 9,7cm de extensão, envolvendo 40% da circunferência da alça. Colonoscopia normal. Submetida à retossigmoidectomia de 10 cm de extensão com anastomose a 7 cm da borda anal, associado à salpingectomia bilateral, e ressecção do ligamento uterosacro à direita.

Discussão: Paciente evoluiu bem com alta no 4º PO, sem intercorrências.

Conclusão: A cirurgia proporciona melhora da dor na maioria das mulheres. Em uma revisão sistemática e meta-análise de 2014 da Cochrane publicado por Duffy et al., mulheres que foram submetidas à cirurgia laparoscópica apresentaram três vezes mais probabilidade de relatar melhora da dor em 12 meses do que os controles que foram submetidos apenas à laparoscopia diagnóstica (73 versus 21%).

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.406>

VL55

ENDOMETRIOSE INTESTINAL - VAMOS PRESERVAR O RETO?



Luiz Carlos Benjamin do Carmo, Renato Barretto Ferreira da Silva, Gilberto J. Saba, Roger Camargo Mariano da Silva, Welly Minghun Chiang

Hospital e Maternidade São Luiz Unidade Itaim, São Paulo, SP, Brasil

Os autores com vastas experiência em cirurgia da Endometriose profunda com comprometimento do Reto, concluíram que sempre que possível deve-se evitar a ressecção do Reto por se tratar de uma doença benigna em pacientes jovens. A abordagem radical com anastomose baixa pode trazer algum distúrbio evacuatório ao longo da sua vida. Nossa proposta associada ao advento da cirurgia robótica é demonstrar nossa técnica que é conservadora, realizamos a ressecção da lesão associado a escarificação até a camada muscular e rafia extra mucoso da parede do reto.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.407>

VL56

ENDOMETRIOSE PROFUNDA - ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR



Roger Camargo Mariano da Silva, Gilberto J. Saba, Renato Barretto Ferreira da Silva, Luiz Carlos Benjamin do Carmo

Hospital e Maternidade Brasil, São Paulo, SP, Brasil

Os autores apresentam um caso em vídeo, de uma cirurgia de endometriose profunda com comprometimento pelvico importante, realizado através da plataforma robótica em que houve a participação do Coloproctologista, Ginecologista e Urologista. Sendo esta a tendência atual do tratamento da Endometriose em que há comprometimentos de órgãos e estruturas ligadas ao aparelho digestivo, urológico e ginecológico, trazendo benefícios para um tratamento mais eficaz e evitando múltiplas intervenções.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.408>

VL57

**NÓDULO ENDOMETRIÓTICO COMO
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESÕES
RETRORETAIS: DESCRIÇÃO DE DIAGNÓSTICO
E TRATAMENTO CIRÚRGICO**



Barbara Pereira de Lara^{a,b}, Gustavo Kurachi^{a,b}, Karina Correa Ebrahim^{a,b}, Univaldo Etsuo Sagae^{a,b}, Doryane Maria dos Reis Lima^{a,b}

^a Hospital São Lucas, Cascavel, RS, Brasil

^b Gastroclínica Cascavel, Cascavel, RS, Brasil

Introdução: Endometriose é a presença de tecido endometriótico em regiões anatômicas fora do útero e afeta cerca de 10% a 15% das mulheres em idade reprodutiva. O acometimento intestinal está presente entre 5,3% e 12% de todos os casos de endometriose. Os tumores do espaço extrarretal ou retrorretal são raros, sendo sua incidência descrita em 1/40.000 internamentos em grandes centros de referência. São subdivididos de acordo com sua origem e características histopatológicas, dentre esses, os cistos endometrióides são extremamente raros, tendo poucos casos descritos na literatura. O tratamento consiste na ressecção cirúrgica completa da lesão, podendo ser realizado via perineal, via abdominal ou combinadas.

Descrição do caso: Paciente do sexo feminino, 39 anos, advogada, com queixa de dificuldade para evacuar, sensação de evacuação obstruída e sensação de prolapso de mucosa retal ao evacuar iniciados há 4 anos, com uso diário de laxantes desde então. G2P1A1. Realizou perineoplastia e faz uso de antidepressivo. Ao toque retal observou-se lesão de aspecto cístico que ao esforço evacuatório prolapsoava e reduzia manualmente. Foi encaminhada então para realização de exames complementares. A colonoscopia evidenciou volumosa lesão subepitelial de reto distal. A ressonância nuclear magnética de pelve evidenciou lesão nodular de limites bem definidos medindo cerca de 4,1 x 4,4 cm localizado posteriormente ao reto, distando cerca de 4,1 cm da borda anal externa. E a ultrasonografia transanal tridimensional demonstrou que a lesão retroretal apresentava envolvimento da parede retal (muscular própria), no quadrante posterior. Foi submetida à cirurgia de ressecção transanal, sob raquianestesia e recebeu antibiótico profilaxia de rotina do serviço. A paciente foi colocada em posição de litotomia, com auxílio de pernas. À introdução do espéculo anal houve exteriorização da lesão e foi realizada a ressecção simples da mesma. Foi realizado fechamento por planos, utilizando fio vycril 3-0. A cirurgia teve duração de 38 minutos e a paciente permaneceu internada por 2 dias, recebendo alta hospitalar após esse período. A lesão foi enviada para avaliação anatomopatológica, cujo resultado evidenciou endometriose cística transmural retal medindo 7,0 X 5,5 x 3,0 cm.

Conclusão: A endometriose deve ser incluída no diagnóstico diferencial de cistos retrorretais, principalmente em mulheres de idade fértil.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.409>

VL58

**RETOSSIGMOIDECTOMIA PERINEAL
(CIRURGIA DE ALTEMEIER) ASSOCIADA À
PLASTIA DOS ELEVADORES PARA O
TRATAMENTO DE PROLAPSO COMPLETO DO
RETO**



Lucas de Sena Leme, Bruna Zini de Paula Freitas, Brunno Augusto Jose da Costa, Roberta Lais dos Santos Mendonça, Danilo Toshio Kanno, Carlos Augusto Real Martinez

Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus, Bragança Paulista, SP, Brasil

O prolapso de reto é definido como a exteriorização do reto através do ânus. No prolapso completo, o segmento exteriorizado assume a forma de um cone, expondo todas as camadas da parede retal, geralmente, maior que 5 cm. Estudos epidemiológicos estimam uma incidência de 2,5 casos para 100.000 habitantes mais frequente em mulheres e idosas, e à multiparidade. Porém, pode ainda estar presente em extremos de idade, na infância, e em adultos, inclusive do sexo masculino e, em pacientes psiquiátricos. Sua fisiopatologia está relacionada a algumas alterações anatômicas, caracterizada por intussuscepção de toda parede do reto, associado a presença de fundo de saco anormalmente profundo; sigmoide redundante; hipotonia do assoalho pélvico; mesoreto móvel; fraqueza dos esfíncteres anais e elevadores do ânus; neuropatia do nervo pudendo e frouxidão dos ligamentos laterais do reto. Afeta consideravelmente a qualidade de vida dos indivíduos, por ter principalmente a constipação e incontinência como sintomas envolvidos, além da dor e sangramentos. A simples presença do reto prolapsoado determina dificuldade na continência, uma vez que o orifício anal encontra-se permanentemente entreaberto, permitindo a perda involuntária de gases, muco e fezes. O estudo fisiológico do canal anal deve ser realizado, sempre que possível, com o intuito de investigar a dinâmica funcional da musculatura do assoalho pélvico e, poderá assim, contribuir para a melhor compreensão dos distúrbios relacionados à continência e aos mecanismos etiopatogênicos da enfermidade, e modificar a proposta terapêutica. Em relação ao tratamento, que é somente cirúrgico, tem o objetivo de evitar o prolapso propriamente dito, restabelecer a continência anal, tratar a constipação intestinal, quando possível e presente e, controlar os distúrbios evacuatórios. Existem diversas técnicas, tanto de abordagem perineal, quanto via abdominal, e ou a associação de ambas. A retossigmoidectomia perineal (cirurgia de Altemeier) é baseada na remoção completa do reto, por via perineal, indicada principalmente para pacientes idosos, com várias comorbidades, de alto risco cirúrgico. Apresenta baixos índices de complicação pós operatória, porém com grau de recidiva chegando até 16%. Temos como objetivo, apresentar um vídeo mostrando que a técnica proposta acima é factível, principalmente, numa doente, idosa, ASA 3, que apresentava prolapso completo do reto, vida social reclusa devido as consequências da doença em questão.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.410>

VL59

TÉCNICA DE CORREÇÃO DE PROLAPSO DE ESTOMA POR ABORDAGEM LOCAL COM GRAMPEADOR LINEAR - ASPECTOS TÉCNICOS

Nathalia Franco Cavalcanti^{a,b}, Pedro Leão Araújo Gonçalves Teixeira^{a,b}, André Bittencourt Goulart^{a,b}, Joaquim Costa Pereira^{a,b}, Ana Sofia Rocha Cavadas^{a,b}

^a Hospital de Braga, Braga, Portugal

^b Hospital Universitário Walter Cantídeo (HUWC), Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: Uma das complicações tardias mais comuns após a construção do estoma é o prolapso. Embora a maioria do prolapso possa ser tratada de maneira conservadora, a revisão cirúrgica é necessária quando ocorre dificuldade no cuidado e manipulação diária, encarceramento ou estrangulamento. Em certos casos, a laparotomia e/ou a reversão do estoma não são apropriadas. Esta apresentação visa informar aos cirurgiões sobre abordagens seguras e eficazes para a revisão de estomas prolapsados usando técnicas locais.

Apresentação do caso/ método: Paciente do sexo masculino, 70 anos, submetido à retossigmoidectomia laparoscópica com ileostomia de proteção em julho/2014 por neoplasia de reto médio após neoadjuvância, tendo complicado no pós-operatório precoce por evisceração por sítio de ileostomia e posteriormente com estenose de anastomose colorretal refratária à dilatação endoscópica. Foi tentado realizar fechamento de ileostomia em 2017, tendo complicado com deiscência de anastomose, sendo reabordado cirurgicamente, submetendo-se à enterectomia e confecção de colostomia terminal, por impossibilidade de reconfecção de anastomose colorretal por status clínico limitado. Paciente evoluiu com prolapso de colostomia, dificultando manipulação e cuidados locais adequados, sendo optado por correção de prolapso de estoma com grampeadores lineares, por abordagem cirúrgica local, sem necessidade de acesso cirúrgico à cavidade abdominal. Utilizando GIA 60-3,8 disparado verticalmente na lateral bilateral, desta forma, o segmento prolapso foi transformado em dois semicirculares (anterior e posterior) e cada um desses retalhos foi amputado com o GIA 60-3.8, disparado no nível da pele horizontalmente. O tempo operatório foi de 7 min e a perda de sangue foi mínima. Paciente apresentou recuperação pós-operatória satisfatória, sem complicações ou recorrência de prolapso.

Discussão: Detalhamos passo a passo uma técnica usando dispositivos grampeadores lineares que podem ser usados para revisar localmente segmentos de estoma prolapso e, portanto, evitar uma laparotomia. O procedimento é tecnicamente fácil de executar com resultados pós-operatórios satisfatórios.

Conclusão: Esta técnica cirúrgica oferece uma opção alternativa é eficaz para abordar complicações do prolapso do estoma com segurança e de forma definitiva, sem necessidade de acesso à cavidade abdominal.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.411>



VL60 TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE INTESTINAL COM EXTRAÇÃO DO ESPÉCIME CIRÚRGICO VIA ORIFÍCIO NATURAL



Denise D'Avila Búrigo, Giancarlo Búrigo, Gilson Henrique Strobel

Hospital Unimed Criciúma, Criciúma, SC, Brasil

Introdução: A endometriose ocorre devido a implantação de tecido endometrial de maneira ectópica, que pode ocorrer na sua forma intestinal, geralmente afetando mulheres jovens causando quadros algícos e infertilidade. A via laparoscópica é uma alternativa atrativa por vários aspectos já conhecidos. A opção da extração da peça cirúrgica através de orifícios naturais ocorre quando a peça cirúrgica é retirada via vaginal ou via retal, por exemplo.

Descrição do caso: Mulher, 48 anos, com queixa recorrente de dor pélvica associada a dispareunia, quadros de diarreia recorrentes e metrorragia. Durante investigação com equipe da ginecologia, achado, em ressonância magnética (RM) da pelve, útero com volume estimado de 308,7 cm³, com pelo menos três nodulações hipodensas sugerindo lesões miomatosas intramurais com componentes subserosos. Além disso, lesão de aspecto infiltrativo de limites mal definidos na região retrocervical, tocando o reto posteriormente em extensão longitudinal de 1,8 cm e 20% da circunferência, a cerca de 10 cm da borda anal com irregularidades da mucosa sugerindo comprometimento transmural. Achado que se confirmou à ultrassonografia com preparo intestinal. Indicado tratamento cirúrgico, realizada histerectomia total com salpingectomia bilateral e retossigmoidectomia parcial videolaparoscópica, optado por retirada das peças cirúrgicas via vaginal. Preparo do coto para instalação de grampeador circular para anastomose colorretal via vaginal, sem necessidade de incisões abdominais.

Discussão: Em 1996 foram publicadas as primeiras experiências sobre a retirada de espécimes cirúrgicos via NOSE – Natural Orifice Specimen Extraction na endometriose. A técnica clássica envolve a realização de uma incisão de Pfannenstiel ou alargamento de um dos portais para a ressecção colorretal por via laparoscópica para a retirada da peça e para a preparação da alça para anastomose. A utilização de um orifício natural para estas funções torna essa etapa desnecessária, reduzindo possíveis complicações associadas a incisão, diminuindo também o tempo intraoperatório, além de trazer maior satisfação estética para a paciente.

Conclusão: O uso de orifícios naturais é factível e pode abreviar ainda mais o período de hospitalização, o tempo cirúrgico e a incidência de complicações em relação às cirurgias laparotômica e laparoscópica convencional.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.412>

VL61

**UTILIZAÇÃO DE MEMBRANA
BIO-REABSORVÍVEL (POLISSACARÍDEO
VEGETAL + CARBOXIMETILCELULOSE)
ADHESION® NA PROFILAXIA DE
COMPLICAÇÕES ADERENCIAIS
ABDOMINOPÉLVICAS**

Malú Aeloany Dantas Sarmiento, Hélio
Moreira Júnior, José Paulo Teixeira Moreira,
Ayr Nasser Júnior, Valesca de Souza Ueoka
Sobreira, Pedro Ivo Calegari, Lívia Gomes
Carmignolli

*Hospital das Clínicas (HC), Universidade Federal
de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil*

Palavras-chave: Obstrução intestinal; aderências; prevenção
ADHESION

Aderências intraperitoneais se constituem em importante causa de complicação pós-operatória nos pacientes que se submetem a cirurgias abdominopélvicas, incluindo infertilidade, obstrução intestinal e dor pélvica crônica. Além disto desafiam os cirurgiões em reoperações extremamente laboriosas e delicadas, com alto potencial de morbimortalidade. O presente trabalho objetiva ilustrar pequena experiência com utilização de membrana bioabsorvível de carboximetilcelulose ADHESION na prevenção de formação de aderências intraperitoneais e submetido à retossigmoidectomia oncológica por neoplasia de reto inferior com ostomia protetora, avaliação do produto realizado em ocasião de reconstrução de trânsito videolaparoscópica portanto, de alto risco para formação de aderências. A despeito do limitado tempo de seguimento, todos os paciente encontram-se sem sinais de doença aderencial obstrutiva, não houve mortalidade nem morbidade relacionada com o método terapêutico.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.413>

VL62

**VÍDEO: ABORDAGEM VIDEOLAPAROSCÓPICA
DE FÍSTULA COLO-CUTÂNEA APÓS
FERIMENTO POR ARMA DE FOGO**

Fernanda Letícia Cavalcante Miacci, Mariane
Christina Savio, Antonio Sérgio Brenner,
Maria Cristina Sartor, Norton Luiz Nóbrega,
Bianca Kloss, Antonio Baldin Júnior

*Hospital de Clínicas, Universidade Federal do
Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil*

Introdução: Fístulas digestivas são complicações frequen-
tes de operações abdominais, inclusive após o trauma. A

abordagem normalmente é cirúrgica e as técnicas minimamente invasivas vem sendo empregadas com bons resultados. Mesmo em pacientes com múltiplas cirurgias prévias a videolaparoscopia pode ser segura e eficaz. Neste vídeo apresentaremos um caso de fístula colo-cutânea corrigida por videolaparoscopia.

Descrição do vídeo: Paciente masculino, 30 anos, vítima de ferimento por arma de fogo na coxa esquerda aos 7 anos de idade (tiro de espingarda). Na época submetido à laparotomia exploradora na cidade de origem. Desde a cirurgia relatava saída de secreção fecalóide por orifício no flanco direito. Negava comorbidades ou outras cirurgias prévias. Ao exame havia exposição de mucosa no flanco direito. Foi realizada fistulografia, com injeção de contraste iodado através do orifício fistuloso, que evidenciou comunicação com o cólon transversal proximal. Colonoscopia confirmou fístula colo-cutânea com orifício interno no cólon transversal proximal, logo após o ângulo hepático. Realizada abordagem videolaparoscópica. Após lise de aderências foi localizada a área de fístula do cólon transversal proximal (vídeo), onde o mesmo encontrava-se aderido à parede abdominal. Neste momento optado por realizar dissecação aberta do orifício externo da fístula. A partir do local de exposição de mucosa no flanco direito foi realizada dissecação cuidadosa, liberando a alça colônica até acessar a cavidade peritoneal. Após dissecação completa da alça e reavivamento dos bordos do orifício fistuloso no cólon foi realizado fechamento primário da parede colônica em 2 planos. A alça foi reintroduzida na cavidade abdominal e foi realizada revisão da cavidade por laparoscopia. O paciente teve boa evolução pós-operatória e alta no 3º dia após a cirurgia.

Conclusão e discussão: A abordagem videolaparoscópica foi empregada com segurança e eficácia nesta situação. Além disso, foi possível evitar a ressecção colônica combinando a dissecação por via aberta e laparoscópica.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.414>

