

## 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.