

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

