

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 interesfinteriana 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 interesfinteriana 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 meticolosas dos pacientes com cCR são cruciais para o sucesso das estra-

