

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 interesfincteriana 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 interesfincteriana 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 Rioliand 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