

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

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 Fereira 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 Retosigmoidectomia Vídeo laparoscópico e sem a realização de rafia da bexiga. e com anstomose 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.

Descripcion 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.

Discusion: 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 a 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. a 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

