

em aumento de taxa de reoperações e necessidade de drenagem percutânea subsequente. Por outro lado, ressecção colônica videolaparoscópica em mãos experientes mostra-se uma opção segura na doença diverticular complicada.

Descrição do caso: Apresentaremos em vídeo editado, cirurgia em paciente com doença diverticular complicada, com abscesso intra-abdominal, tratado com sucesso com ressecção colônica videolaparoscópica.

Discussão: A cirurgia laparoscópica na doença diverticular complicada está relacionada com baixas taxas de morbidade pós-operatória e taxas de conversão relativamente baixas, tornando-se o tratamento padrão em diversos serviços. O debate na comparação com a lavagem laparoscópica segue em voga e tem sido discutido caso a caso.

Conclusão: Com o aumento da experiência em videolaparoscopia, a ressecção laparoscópica mostra-se uma opção segura em casos de diverticulite com abscesso.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.384>

VL33

RETOSSIGMOIDECOMIA VLP NO TRATAMENTO DA DOENÇA DIVERTICULAR COMPLICADA



Miller Barreto de Brito e Silva, Letícia Nobre Lopes, Rafael Vaz Pandini, Sergio Eduardo Alonso Araujo, Sergio Carlos Nahas, Ivan Ceconello, Cintia Mayumi Sakurai Kimura

Faculdade de Medicina (FM), Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A doença diverticular tem incidência crescente na população idosa, ocorrendo em apenas 5% dos casos em pacientes com menos de 40 anos. Nesta população a doença costuma estar mais relacionada à evolução para diverticulite aguda e suas complicações, sendo a fístula colovesical uma das mais frequentes.

Objetivo: Demonstrar a viabilidade da via laparoscópica no tratamento cirúrgico da fístula colovesical pós-diverticulite aguda.

Métodos: P.R.S., masculino, 36 anos. Paciente com dois episódios de dor em fossa ilíaca esquerda, associada à febre, há 3 anos. Há 2 anos iniciou pneumatúria e fecalúria, com piora progressiva, associados à infecção urinária de repetição. Investigado em serviço externo: USG abdome com espessamento da parede vesical e conteúdo espesso em seu interior; Colonoscopia: divertículos em reto-sigmoide e colite erosiva segmentar em sigmoide, sem evidência de orifício fistuloso (biópsia: inflamação crônica; ausência de neoplasia); TC abdome e pelve: discreto espessamento na parede de cólon sigmoide próximo à bexiga. Encaminhado ao serviço de coloproctologia, indicado tratamento cirúrgico. Achados intraoperatórios: região distal do cólon sigmoide bastante endurecida e aderida à parede póstero-lateral esquerda da bexiga correspondendo à fístula colovesical. Realizada ligadura dos vasos mesentéricos inferiores e liberação do ângulo esplênico. Abordada área de intensa aderência e fibrose com auxílio de bisturi harmônico, não sendo possível identificação de plano de dissecação, com abertura inadvertida do cólon, sem contaminação da

cavidade. Não identificado orifício em parede vesical, sendo realizado teste com azul de metileno via sonda vesical sob pressão, sem extravasamento. Completada retossigmoidectomia, seguida de anastomose mecânica término-terminal colorretal com CDH 29.

Resultados: Paciente com boa evolução no PO, sendo mantida sonda vesical de demora durante 5 dias. Recebeu alta no 6° PO com diurese espontânea após retirada da sonda. Boa aceitação da dieta oral, apresentando evacuação com fezes pastosas. Ferida operatória em bom aspecto.

Conclusão: A presença de fístula colovesical pós-diverticulite tem como tratamento padrão a abordagem cirúrgica. Apesar das dificuldades técnicas relacionadas à presença de intenso processo inflamatório local e alterações anatômicas, quando em realizada em centros de referência a via laparoscópica se mostra a melhor alternativa de tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.385>

VL34

A IMPORTÂNCIA DA PADRONIZAÇÃO TÉCNICA NO TRATAMENTO DA DOENÇA HEMORROIDÁRIA: VÍDEO DE CIRURGIA AO VIVO PARA TREINAMENTO DE RESIDENTES



José Américo Bacchi Hora, Miller Barreto de Brito e Silva, Aline Costa Mendes de Paiva, Rafael Vaz Pandini, Fabio Guilherme Caserta Maryssael de Campos, Sergio Carlos Nahas, Ivan Ceconello

Faculdade de Medicina (FM), Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A hemorroidectomia é o procedimento mais definitivo para o tratamento de hemorroidas grau III e IV sintomáticas. Ao longo dos anos, várias modificações foram feitas na técnica original a fim de obter melhores resultados.

Objetivo: Visando difusão da técnica correta, este vídeo de cirurgia ao vivo foi apresentado no curso sobre doenças orificiais oferecido pela Sociedade Brasileira de Coloproctologia aos residentes do segundo ano de coloproctologia.

Métodos: C.S.S., 32 anos, sexo feminino, hígida, cirurgia cesariana e colocação de prótese mamária prévias, queixa de sangramento retal esporádico e dor anal há 2 anos. Ao exame proctológico observados 3 mamilos hemorroidários externos Grau IV às 12, 4 e 9 h, além de 2 mamilos internos, esfíncter com leve hipertonia. Paciente submetida a Hemorroidectomia à Ferguson, sob raqui-anestesia, em posição de semilitotomia. Realizada secção da pele em fuso ao redor do mamilo hemorroidário, dissecação da musculatura esfíncteriana do complexo hemorroidário com bisturi elétrico. Realizado ponto transfixante na base do mamilo hemorroidário com Vicryl 2-0, seguido de ligadura e secção do mesmo. Fechamento da mucosa com Vicryl 4.0 à Ferguson. Repetido o procedimento para todos os mamilos, seguido de revisão da hemostasia e aplicação de curativo estéril.

Resultado: Paciente recebeu alta no 1° PO, com bom controle algico, ferida operatória em bom aspecto. No retorno