

ambulatorial paciente negava novos episódios de sangramento e dor.

Conclusão: O fechamento da ferida na técnica a Ferguson ajuda a reduzir a dor pós-operatória e assegura uma cicatrização mais rápida. A hemorroidectomia fechada com Ferguson ainda pode ser considerada o padrão ouro ao qual outras técnicas são comparadas, sendo procedimento de rotina da Coloproctologia. O emprego da técnica correta previne complicações em pós-operatório imediato e tardio.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.386>

VL35

CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA URETORRETAL POR OPERAÇÃO TRANSANAL ENDOSCÓPICA



Marley Ribeiro Feitosa, Rogerio Serafim Parra, Omar Féres, José Joaquim Ribeiro da Rocha, Raquel Fernandes Coelho

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

Introdução: A fistula uretorretal (FRU) é complicação incomum e, na maioria dos casos, decorrente da prostatectomia radical. O tratamento é habitualmente cirúrgico, com risco de recorrência e impacto na qualidade de vida. O objetivo deste vídeo é demonstrar o primeiro caso de FRU pós-prostatectomia radical, tratado por operação transanal endoscópica (OTE).

Descrição do caso: Homem, 67 anos. Submetido a prostatectomia radical aberta por adenocarcinoma de próstata. Apresentou peritonite grave e choque no primeiro pós-operatório por deiscência da sutura vesico uretral e perfuração retal. Realizado laparotomia com lavagem da cavidade, colostomia em alça e sondagem vesical de demora. Após recuperação, evoluiu com saída de urina pelo ânus. Exame proctológico demonstrou orifício retal anterior, a 5 cm da rima anal, de 1.5 cm de diâmetro e com fibrose adjacente. Submetido à OTE em posição de canivete. Realizado dissecação e remoção de tecido fibroso, com exposição dos orifícios uretral e retal. Optou-se por rafia em planos, interpondo folheto de pericárdio bovino entre a sutura uretral e retal. Permaneceu com sonda vesical por dois meses, que foi removida após confirmação do fechamento completo da fistula, sem estenose. A colostomia foi fechada um mês após retirada da sonda vesical, sem intercorrências.

Discussão: Diversas técnicas podem ser utilizadas para o tratamento cirúrgico da FRU, entretanto os princípios cirúrgicos incluem: 1) exposição do trajeto fistuloso, com desbridamento de tecidos fibróticos e isquêmicos; 2) dissecação cuidadosa das estruturas anatômicas envolvidas; 3) sutura impermeável; 4) síntese em planos separados; 5) sutura sem tensão e sem sobreposição; 6) retalhos bem vascularizados; 7) drenagem urinária adequada. A derivação fecal, antes ou após a correção, é controversa. Este é o primeiro relato do uso da OTE para essa finalidade e o método oferece boa exposição do campo operatório, mobilidade satisfatória para o cirurgião

e baixa invasividade, já que dispensa abordagem abdominal combinada.

Conclusão: A OTE é pouco invasiva, sem morbidades adicionais e eficaz na correção da FRU pós-prostatectomia radical.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.387>

VL36

CORREÇÃO DE FÍSTULA RETOVAGINAL PÓS-DRENAGEM DE BARTOLINITE ATRAVÉS DE FISTULECTOMIA VIA TRANSVAGINAL COMO PRIMEIRA OPÇÃO DE TRATAMENTO



Letícia Nobre Lopes, Rafael Vaz Pandini, Aline Costa Mendes de Paiva, Miller Barreto de Brito e Silva, Rodrigo Ambar Pinto, Sergio Carlos Nahas, Ivan Ceconello

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

Introdução: As fistulas retovaginais representam um desafio para cirurgiões e determinam grande morbidade para as pacientes.

Objetivo: Demonstrar que a técnica através do reparo transvaginal, para pacientes com função esfíncteriana preservada, pode garantir bons resultados.

Métodos: G.B.S.M., 25 anos. Hemorroidectomia excisional há 6 anos e Bartolinite drenada previamente, nulípara, com queixa de saída de fezes pela vagina há 5 anos e diversos episódios de infecção urinária. Índice de incontinência fecal 0/20. Negava fecalúria e pneumatúria. Ao exame proctológico presença de mamilos hemorroidários externos às 4, 5 e 7 h sem sinais de trombose, orifício em canal anal às 12 h, a 3 cm da borda anal e orifício na linha média próximo ao introito vaginal, com drenagem de pequena quantidade de secreção espessa, tônus esfíncteriano preservado. Realizou investigação com videodefecograma identificado eixo anorretal preservado, mobilidade anorretal presente às manobras de contração, continência adequada à Valsalva e bom relaxamento do músculo puborretal. TC de abdome e pelve com contraste VR com acúmulo de contraste iodado na vagina, como sinal indireto de fistula. Paciente submetida à fistulectomia via vaginal, iniciado procedimento identificando trajeto transesfíncteriano, em parede anterior, com estilete entre os orifícios. Realizada incisão em fuso ao redor do orifício fistuloso vaginal, seguida de dissecação do trajeto com tesoura, em direção à base da fistula, preservando a parede do reto. Realizados dois pontos transfixantes com PDS 2-0 na base do trajeto fistuloso, seguido de sua ressecção, aproximação das camadas musculares em 3 planos, perpendiculares entre si, com pontos em X de PDS 3-0 nas duas primeiras camadas e caprofyl 3-0 na camada mais superficial. Revisada hemostasia e aproximação da mucosa vaginal com chuleio de vicryl 3-0. Estilete reintroduzido pelo orifício do canal anal, sem progressão, conferindo a oclusão completa do trajeto fistuloso.

Resultados: Paciente recebeu alta no 4º PO, com evacuações pastosas, sem dor evacuatória e sem drenagem vaginal, sem evidências de fistula até o momento no acompanhamento ambulatorial.