

VL43

CRITÉRIOS TÉCNICOS PARA IMPLANTE IDEAL DA NEUROMODULAÇÃO SACRAL NO TRATAMENTO DOS DISTÚRBIOS DO ASSOALHO PÉLVICO

Sthela Murad Regadas^{a,b}, Francisco Sergio Pinheiro Regadas^{a,b}, Lusmar Veras Rodrigues^{a,b}, Lara Burlamaqui Veras^{a,b}, Rafaella Alcantara Alves Melo^{a,b}, Marina Murad Regadas^{a,b}, Carolina Murad Regadas^{a,b}

^a Hospital São Carlos, Fortaleza, CE, Brasil

^b Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: A neuromodulação sacral está indicada como terapêutica de escolha para pacientes com Incontinência fecal e/ou associada a outros distúrbios do assoalho pélvico que não responderam ao tratamento clínico.

Objetivo: Descrever a técnica do implante do eletrodo quadripolar na raiz Sacral-S3, visando uma reposta adequada a baixos estímulos elétricos em uma paciente com disfunções do assoalho pélvico.

Métodos: Paciente, 44 anos, 2 partos vaginais, com sintomas de incontinência fecal, escore da Cleveland Clinic 11/20, escore de Constipação da Cleveland Clinic de 12/30 e incontinência urinária. À manometria anorretal, baixas pressões e ao ultrassom anorretal, lesão parcial do esfíncter anal externo anterior. Sem melhora após o tratamento clínico e à reabilitação do assoalho pélvico. Submetida à fase I, paciente em decúbito ventral, com elevação da região lombossacra, sob sedação e anestesia local. Procede-se a marcação dos pontos anatômicos, bilateralmente, localizados a 9 cm acima da ponta do cóccix, correspondendo a junção sacrilíaca, e na linha média, posicionado a 2 cm lateralmente corresponde ao forame S3, confirmando com aradioscopia. Introdução da agulha a 1,5 cm acima dessa marcação, com angulação de 60°. A posição da agulha em S3 é confirmada pela radioscopia e verificada a resposta motora adequada em glúteos e hálux em cada lado. É escolhido o lado com a melhor resposta e o menor estímulo. Procede-se à colocação de fio guia e o dilatador. A introdução do eletrodo deve ser acompanhada por radioscopia, posicionando 3 polos distais ao longo da raiz sacral e um polo no forame S3. São realizados testes para avaliar a resposta em cada polo. Realiza-se a tunelização do eletrodo para uma incisão de 3 cm abaixo da crista ilíaca ipsilateral ao implante. Outra tunelização contralateral é realizada para conexão do estimulador externo. Segue-se a programação com o menor estímulo que tolerar.

Resultados: Após 15 dias, houve melhora maior 70% dos sintomas e foi indicado o implante definitivo. Realizado sob sedação e anestesia local, abertura da incisão previa da pele e exposição do eletrodo. Após a secção do extensor externo, conecta-se diretamente o eletrodo com a bateria que fica posicionada sob o tecido subcutâneo. Sem complicação.

Conclusão: A técnica é eficaz para tratamento dos distúrbios do assoalho pélvico com melhora expressiva dos

sintomas. No entanto, necessita da realização do implante na posição adequada para obtenção da melhor resposta.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.395>

VL44

ESFINCTEROPLASTIA ANAL COM RECONSTRUÇÃO EM ZETAPLASTIA

Rafael Vaz Pandini, Renan Rosetti Muniz, Leticia Nobre Lopes, Rodrigo Ambar Pinto, Isaac Jose Felipe Correa Neto, Sergio Carlos Nahas, Ivan Ceconello

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

Introdução: Esfíncteroplastia anal anterior é o tratamento de escolha para incontinência fecal associado ao defeito do m. esfíncter externo.

Objetivo: Demonstrar a técnica de esfíncteroplastia anal, perineoplastia com reconstrução com retalho em zetaplastia.

Método: Paciente, 49 anos, feminina, 5 partos vaginais prévios e uma episiotomia, referindo incontinência anal com Score 15/20, Exame com presença de hipotonia importante do esfíncter anal interno (EAI) e da contração do esfíncter anal externo (EAE) e presença de cloaca. Manometria com pressão de repouso 18,1 mmHg pressão de contração do EAE 29,8 mmHg. Pressão total de contração voluntária 47,9 mmHg. USG endoanal: Falha anterior do esfíncter anal interno de 240° e do esfíncter externo do ânus de 139°. Técnica: Incisão em V na pele bilateral nas laterais do períneo- Incisão transversa no corpo perineal. Liberação dos Flaps para o retalho em zetaplastia Dissecção do septo retovaginal e separação entre a parede vaginal e a parede anterior do reto até 6 cm da BA, secção da vagina Dissecção dos cabos musculares do esfíncter anal externo. Aproximação do assoalho perineal (fibrose, tecido conjuntivo e resquílios dos m. esfíncter anal interno, transverso do períneo) com PDS 2.0. Aproximação dos cabos musculares bilateral do m. esfíncter externo anteriormente com PDS 2.0. Sutura da vagina com vicryl 3,0 e sutura de septo retogavinal com vicryl 2.0. Sutura entre o ânus e o períneo reconstruído com vicryl 3.0. Aproximação dos flaps de zetaplastia com vicryl 3.0 e fechamento da pele com nylon 4.0.

Resultados: Paciente evoluiu bem, Recebeu alta no 3° PO. Apresentou mínima deiscência da FO, sem sinais infecciosos. Avaliação funcional será realizada ambulatorialmente.

Conclusão: Esfíncteroplastia anterior tem resultados de aceitáveis à excelentes no longo prazo, especialmente em pacientes com idade menor que 50 anos.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.396>

