

VL45

RETOPEXIA ANTERIOR COM TELA PARA TRATAMENTO DA PROCIDÊNCIA RETAL



Rafael Vaz Pandini, Cintia Mayumi Sakurai Kimura, Rodrigo Ambar Pinto, Sergio Carlos Nahas, Aline Costa Mendes de Paiva, Isaac José Felipe Correa Neto, Ivan Ceconello

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

Introdução: A cirurgia é o tratamento de escolha para a procidência retal. Múltiplos procedimentos cirúrgicos existem para o tratamento da procidência retal. A retopexia anterior com colocação de tela videolaparoscópica é uma das opções existentes para o tratamento desta.

Descrição do caso: A.B.P.Q. 70 anos, feminina. Queixa de prolapso em reto e incontinência fecal. Score de incontinência 19/20, Bristol 4, com 2 evacuações ao dia. Diabética, IAM prévio. EF com procidência retal de 5 cm, esfíncter com hipotonia moderada e ausência de lesões tocáveis. Colonoscopia evidenciando doença diverticular não complicada, e manometria anorretal com discreta hipotonia do esfíncter anal externo (55,6 mmHg). Submetida a retopexia anterior com colocação de tela de polipropileno e fixação no reto e no promontório. Paciente em Lloyd-Davis, identificação do promontório, abertura da reflexão peritoneal lateral à direita e anterior, dissecação do espaço retovaginal e septo retovaginal até o nível próximo ao introito vaginal, sutura da tela de polipropileno no reto distal com 6 pontos de Ethibond 3.0, sutura da parede posterior da vagina com a tela com 2 pontos de vicryl 3.0, sutura da região proximal da tela de polipropileno de 15 cm no promontório, fechamento da brecha peritoneal com vicryl 3.0.

Discussão: Paciente evoluiu bem com alta no 3º PO, sem intercorrências.

Conclusão: A retopexia ventral com colocação de tela VLP é uma alternativa para a procidência retal, tem recorrência na literatura em torno de 0 a 16% e complicações em torno de 3 a 40%, com melhora da incontinência anal em média de 45% no índice de incontinência, embora não exista consenso em qual procedimento é mais eficaz em relação recorrência, funcionamento intestinal e risco operatório.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.397>

VL46

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PROCIDÊNCIA DE RETO COM INCONTINÊNCIA ANAL - CIRURGIA DE DELORME ASSOCIADA À ESFÍNCTEROPLASTIA



Rafael Vaz Pandini, Rodrigo Ambar Pinto, Cintia Mayumi Sakurai Kimura, Lucas Catapreta Stolzenburg, Sergio Carlos Nahas, Ivan Ceconello

Hospital das Clínicas (HC), Faculdade de Medicina (FM), Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A procidência de reto acomete principalmente mulheres idosas e multíparas. Pode causar incontinência fecal, comprometendo a qualidade de vida. O tratamento cirúrgico é a única forma de tratamento definitivo e a cirurgia de Delorme é uma opção eficaz e com baixa morbidade.

Objetivo: Demonstrar a cirurgia de Delorme associada a esfíncteroplastia para o tratamento de procidência de reto com incontinência anal.

Métodos: Paciente A.C.O., 71 anos, mulher, com antecedente de retossigmoidectomia por megacólon chagásico e colectomia direita por brida, ambos há 13 anos. Há 7 anos foi submetida a miotomia com fundoplicatura por megaesôfago e, no mesmo ano, a uma sacropromontofixação por procidência de reto. Após 4 anos, evoluiu com recidiva da procidência associada a incontinência anal, com score de Wexner de 17/20. Ao exame, notava-se prolapso de parede total do reto à manobra de Valsalva com 3 cm de extensão. A paciente tinha uma colonoscopia normal e uma manometria que mostrava canal anal ausente, reflexo inibitório reto-anal duvidoso, hipotonia das pressões de repouso e de contração voluntária e sinais de contração paradoxal do puborretal. Optou-se por um acesso perineal devido às cirurgias abdominais prévias. O procedimento começa com a paciente em posição de litotomia, sob raquianestesia. Realiza-se uma incisão na mucosa 1 cm acima da linha pectínea, com desenlucamento da mucosa e com exposição da camada muscular. É realizada então plicatura da camada muscular circunferencialmente, reduzindo o prolapso. Optou-se por realizar plicatura do m. esfíncter interno do ânus em sua porção posterior, como parte da esfíncteroplastia. Procede-se então com a sutura da mucosa, fechando a incisão. É feita uma incisão transversa no corpo perineal, com exposição do m. esfíncter externo do ânus e plicatura do mesmo. Em seguida, é realizado o fechamento do períneo.

Resultados: A paciente evoluiu bem, porém demorou a apresentar evacuação espontânea, tendo sido necessário realizar enema no 6º pós-operatório. Recebeu alta no 10º pós-operatório, com bom trânsito intestinal e ferida em bom aspecto. Atualmente encontra-se no 8º mês após a cirurgia, com melhora da incontinência (score de Wexner de 11) e sem recidiva da procidência.

Conclusão: A cirurgia de Delorme é uma opção segura para o tratamento da procidência do reto, principalmente em situações em que a via abdominal é dificultosa e

pode ser associada a esfínteroplastia no mesmo tempo cirúrgico.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.398>

VL47

ESFÍNCTEROPLASTIA COMO TRATAMENTO DE INCONTINÊNCIA FECAL

Christiane Diva Campos Veneroso, Anna Caroline Guerreiro, Jorge Benjamin Fayad, Luciana Paes Peixoto Netto, Rinaldo Prates Periard, Renata Rocha Barbi, Cristine Maria dos Santos Quintas

Hospital Federal de Ipanema, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A incontinência fecal é uma condição incapacitante e de significativas repercussões sócio-econômicas. Muitos destes pacientes apresentam história clínica de lesão do músculo esfínter anal externo, seja de origem iatrogênica, traumática ou obstétrica. Para estes casos, após estabelecer que não existe dano neurológico e que as fibras musculares do esfínter remanescente possuem função contrátil preservada, a esfínteroplastia anterior é a opção de tratamento cirúrgico de escolha.

Caso clínico: ASN, feminino, 59 anos, G10 PN7 PC1 A2, apresentando urgência e incontinência fecal após trauma obstétrico, com falha do esfínter na região mediana anterior ao exame proctológico. Submetida a esfínteroplastia, com melhora importante da hipotonia ao toque retal e remissão completa dos sintomas em 2 meses.

Discussão: Completa avaliação do paciente com incontinência fecal é fundamental para estabelecer a melhor conduta terapêutica, realizando anamnese detalhada, exame físico, e avaliação da anatomia e fisiologia da musculatura esfínteriana através de exames complementares. A esfínteroplastia anterior por sobreposição de cotos musculares foi descrita por Parks e McParthin e, 1971 e modificada posteriormente por Slade, sendo a técnica mais utilizada atualmente. O índice de sucesso deste procedimento é de 50 a 80% e a recidiva aumenta gradativamente após 3 a 5 anos da cirurgia. Este fato pode ser atribuído à degeneração tecidual decorrente da idade, estiramento da cicatriz e a progressiva deteriorização do nervo podendo. Nova esfínteroplastia pode trazer bons resultados em aproximadamente metade desses pacientes.

Conclusões: Tivemos resultado satisfatório na esfínteroplastia realizada para incontinência fecal de paciente com lesão anal, influenciando positivamente em sua qualidade de vida. Considerando que o índice de recidiva aumenta após alguns anos do tratamento cirúrgico, deve haver acompanhamento ambulatorial regular e os resultados monitorizados através da avaliação da fisiologia anal.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.399>

VL48

ANASTOMOSE INTRACORPÓREA: TÉCNICA E RESULTADO

Univaldo Etsuo Sagae^{a,b}, Doryane Maria dos Reis Lima^{a,b}, Gustavo Kurachi^{a,b}, Vitor Sagae^{a,b}, Ivan Roberto Bonotto Orso^{a,b}, Karina Correa Ebrahim^{a,b}

^a Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, Toledo, PR, Brasil

^b Gastroclínica Cascavel, Cascavel, RS, Brasil

Objetivo: Avaliar benefícios da anastomose intracorpórea em colectomias esquerda.

Métodos: Estudo retrospectivo realizado entre 03/2011 e 03/2017 que envolveu 45 mulheres e 13 homens com endometriose intestinal no segmento retossigmoide com indicação de cirurgia radical, pacientes obesos /idosos com doenças malignas e também pacientes com doenças benignas. A cirurgia videolaparoscópica foi realizada por uma equipe de cirurgiões colorretais com ressecção do retossigmoide com secção do reto com endogrampeador e colocou-se a ogiva com o perfurador acoplado ou com o fio agulhado preconizado por Oliveira, Bertulucci e Lacerda (2014) desenvolvido no IRCAD, dentro da cavidade abdominal e introduziu-se a ogiva na luz do cólon por uma incisão longitudinal logo abaixo da altura da anastomose, perfurou-se na parede contra mesenterial com o perfurador ou agulha e seccionou-se o cólon na altura desejada com vascularização conservada, a abertura do cólon foi suturada de rotina antes da sua retirada dentro de um bag. A peça foi retirada pelo orifício do portal quando menores e meso magro, em homens. Peças maiores pela incisão de Pfannestiel e em casos selecionados com vagina favorável, com peças de até 7 cm de diâmetro, idosas, obesas ou jovens com endometriose com acometimento da vagina.

Resultados: Cinquenta e oito pacientes com seguimento de 2 anos, tempo cirúrgico semelhante, foi utilizada uma carga de endogrampeador a mais para secção do cólon intracorpórea, não houve fístulas, eliminação de flatus no primeiro dia, aceitação da dieta no primeiro dia, alta hospitalar média no terceiro dia. Três casos de sangramento sem necessidade de intervenção e transfusão, 2 casos de subestenose de anastomose com dilatação endoscópica, não houve infecção de incisão e abscesso peritoneal.

Conclusão: Os mesmos benefícios da colectomia é totalmente transferido para a colectomia esquerda, gradativamente esta técnica tem uma forte tendência de tornar-se de uso rotineiro e preferencial devidos os resultados promissores e o progressivo aumento da habilidade de sutura intracorpórea pelos laparoscopistas.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.400>

