

VL51

CIRURGIA DE SWENSON MODIFICADA PARA TRATAMENTO DE MEGACÓLON CONGÊNITO



José Bahia Filho, Lucca Bahia Sapucaia, Rodrigo Sapucaia, Paloma Sapucaia, Crhistiano Fraguas, Carlos Ramon Mendes, Renata Bahia Sapucaia, Renata Bahia Sapucaia

Clínica Dr. José Bahia Sapucaia, Salvador, BA, Brasil

Introdução: O megacólon congênito, ou doença de Hirschprung, ou Aganglionose, caracteriza-se pela distensão abdominal, ausência de eliminação de fezes, sendo diagnosticado pela ausência de reflexo reto esfíncteriano na manometria anorretal e na biópsia retal, ausência de células ganglionares no plexo de Meissner e Auerbach.

Objetivo: O objetivo desse vídeo é demonstrar a técnica de Swenson modificada por videolaparoscopia com anastomose externa colo-retal.

Métodos: Foram realizadas 30 cirurgias por essa técnica, com predominância do sexo masculino, com 19 pacientes, e no sexo feminino 11 pacientes. As idades variaram de 2 a 6 anos de idade, e tempo de internação de 3 a 20 dias.

Resultados: Os resultados dessa abordagem se mostraram bem satisfatórios, reduzindo os custos do procedimento, aumentando a segurança da anastomose, já que é realizada sobre visão direta e manualmente, fácil reprodutibilidade e garantia da altura da anastomose há 3cm da linha pectínia.

Conclusão: A cirurgia de Swenson por videolaparoscopia, com anastomose colo-retal externa é bastante eficaz, com índices de deiscência diminuídos, com fácil reprodutibilidade.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.403>

VL52

CORREÇÃO DE HÉRNIA PERINEAL COM COLOCAÇÃO DE TELA POR VIDEOLAPAROSCOPIA



Ramir Luan Perin, Ivan Folchini de Barcelos, Eron Fabio Miranda, Fernanda da Silva Barbosa, Renato Vismara Ropelato, Paulo Gustavo Kotze

Hospital Universitário Cajuru (HUC), Curitiba, PR, Brasil

Introdução: A hérnia perineal é definida como um defeito do assoalho pélvico através do qual as vísceras intra-abdominais podem protrar. A hérnia perineal pode ser primária (congénito) ou secundária (pós-operatório). Apesar da baixa incidência de HP, várias técnicas cirúrgicas foram propostas para preveni-la ou tratá-la, mas nenhuma delas é considerado um tratamento padrão-ouro.

Metodologia: Demonstra um vídeo de correção de hérnia perineal videolaparoscópica de um paciente de 92 anos, com história de adenocarcinoma de reto baixo. Submetido

a amputação abdominoperineal do reto videolaparoscópica. Evoluiu após cerca de 3 meses com hérnia perineal. Feita a correção da hérnia perineal por via videolaparoscópica após cerca de 8 meses da primeira cirurgia. Identificação de alças de intestino delgado em saco herniário prévio, após descolamento das mesmas com tesoura a frio, foi posicionada uma tela composta E/X BARD, não absorvível, com uma camada e o acabamento em volta de toda tela de ePTFE (politetra-fluor-etileno estendido). A tela foi fixada com fio de prolene 3-0 anteriormente no peritônio posterior da bexiga, lateralmente nos peritônios laterais remanescentes e posteriormente no promontório. Feita sutura de reforços nas brechas da tela para evitar interposição de vísceras. Após, posicionou-se o paciente em posição de litotomia para correção cosmética da pele, foi retirado o excesso de pele e realizou-se sutura primária.

Resultados: As vantagens conhecidas da cirurgia minimamente invasiva, como menor tempo de internação hospitalar, taxa reduzida de infecção do ferimento, melhor conforto e recuperação do paciente e melhores resultados cosméticos, estão presentes na correção de hérnia perineal por via videolaparoscópica. O paciente apresentado recebeu alta hospitalar no segundo dia de pós-operatório, evoluiu sem intercorrências, sem recidiva até o presente momento e com adequado resultado estético da ferida perineal.

Conclusão: O tratamento videolaparoscópico da hérnia perineal é factível e o posicionamento da tela de ePTFE pode produzir bons resultados.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.404>

VL53

DIFERENTES ABORDAGENS INTESTINAIS NA ENDOMETRIOSE PROFUNDA INFILTRATIVA



Thaís Barbosa da Silva^{a,b}, Luciana Maria Pyramo Costa^{a,b}, Ivete de Avila^{a,b}, Luciano Freitas Souza^{a,b}, Kanthya Arreguy Borges de Sena^{a,b}, Helio Antonio Silva^{a,b}, Liana David de Matos^{a,b}

^a Hospital Biocor, Modi das Cruzes, SP, Brasil

^b Hospital Militar de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

A endometriose profunda infiltrativa com obliteração parcial ou total da pelve e infiltração intestinal é um achado relativamente comum nos Serviços de referência dessa doença, tornando-se um desafio para o coloproctologista. Trata-se de doença benigna que acomete mulheres em idade fértil, causando, com frequência, prejuízo à qualidade de vida das mesmas. O tratamento multidisciplinar é mandatório e o proctologista tem um papel fundamental nesse processo, uma vez que deve ser agressivo ao remover completamente todas as lesões visíveis, mas conservador diante das ressecções intestinais, evitando, assim, prejuízos funcionais. Os autores mostram uma série de abordagens diferenciadas das lesões intestinais (retossigmoides, intestino delgado e apêndice), dando ênfase tanto aos tipos de ressecções possíveis (ressecção segmentar convencional e intracorpórea, ressecção a disco simples e duplo e *shaving*) quanto às técnicas de

reconstrução do trânsito, visando sempre cirurgia completa e minimamente invasiva.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.405>

VL54

ENDOMETRIOSE DE SEPTO RETOVAGINAL E LIGAMENTO UTEROSSACRO



Rafael Vaz Pandini, Rodrigo Ambar Pinto, Camila Barião da Fonseca Miyahara, Sergio Edgar Camões Conti Ribeiro, Ana Luiza Tonisi Pinto Helito, Sergio Carlos Nahas, Ivan Ceconello

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

Introdução: A endometriose é definida como glândulas endometriais e estroma que ocorrem fora da cavidade uterina, geralmente localizadas na pelve, mas podem ocorrer em vários locais, incluindo intestino, diafragma e cavidade pleural. Embora não seja maligno, o tecido endometrial ectópico e a inflamação resultante podem causar dismenorreia, dispareunia, dor crônica e infertilidade. Os sintomas podem variar de mínimos a severamente debilitantes. A endometriose é uma doença inflamatória benigna, dependente de estrogênio. Terapias para dor pélvica relacionada à endometriose incluem analgésicos, tratamentos hormonais e intervenção cirúrgica.

Descrição do caso: T.F.L. 37 anos, feminina. Queixa de infertilidade secundária à endometriose, com queixa algica e cólicas associadas, refratária ao uso de Pietra. GPO. USG com preparo: Útero de 75 cc, Ovário Direito retrocervical, aderido aos ovário contralateral e retossigmoide, com provável endometrioma de 0,8cm (ovário de 4 cc). OE retrocervical, aderido ao ovário contralateral e retossigmoide com conteúdo hemorrágico e medindo 4,1 × 3,9 × 3,0 cm. Espessamento retrocervical bilateral à direita de 1,2 × 0,6 e à esquerda de 2,1 × 1,0; aderidos aos ovários. Dilatação serpingiforme aneal esquerda de 6,7cm com conteúdo espesso tipo vidro fosco e sem fluxo ao Doppler. Espessamento parietal em região retossigmoidea distando 8 cm da borda anal, envolvendo muscular própria de 9,7cm de extensão, envolvendo 40% da circunferência da alça. Colonoscopia normal. Submetida à retossigmoidectomia de 10 cm de extensão com anastomose a 7 cm da borda anal, associado à salpingectomia bilateral, e ressecção do ligamento uterosacro à direita.

Discussão: Paciente evoluiu bem com alta no 4º PO, sem intercorrências.

Conclusão: A cirurgia proporciona melhora da dor na maioria das mulheres. Em uma revisão sistemática e meta-análise de 2014 da Cochrane publicado por Duffy et al., mulheres que foram submetidas à cirurgia laparoscópica apresentaram três vezes mais probabilidade de relatar melhora da dor em 12 meses do que os controles que foram submetidos apenas à laparoscopia diagnóstica (73 versus 21%).

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.406>

VL55

ENDOMETRIOSE INTESTINAL - VAMOS PRESERVAR O RETO?



Luiz Carlos Benjamin do Carmo, Renato Barretto Ferreira da Silva, Gilberto J. Saba, Roger Camargo Mariano da Silva, Welly Minghun Chiang

Hospital e Maternidade São Luiz Unidade Itaim, São Paulo, SP, Brasil

Os autores com vastas experiência em cirurgia da Endometriose profunda com comprometimento do Reto, concluíram que sempre que possível deve-se evitar a ressecção do Reto por se tratar de uma doença benigna em pacientes jovens. A abordagem radical com anastomose baixa pode trazer algum distúrbio evacuatório ao longo da sua vida. Nossa proposta associada ao advento da cirurgia robótica é demonstrar nossa técnica que é conservadora, realizamos a ressecção da lesão associado a escarificação até a camada muscular e rafia extra mucoso da parede do reto.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.407>

VL56

ENDOMETRIOSE PROFUNDA - ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR



Roger Camargo Mariano da Silva, Gilberto J. Saba, Renato Barretto Ferreira da Silva, Luiz Carlos Benjamin do Carmo

Hospital e Maternidade Brasil, São Paulo, SP, Brasil

Os autores apresentam um caso em vídeo, de uma cirurgia de endometriose profunda com comprometimento pélvico importante, realizado através da plataforma robótica em que houve a participação do Coloproctologista, Ginecologista e Urologista. Sendo esta a tendência atual do tratamento da Endometriose em que há comprometimentos de órgãos e estruturas ligadas ao aparelho digestivo, urológico e ginecológico, trazendo benefícios para um tratamento mais eficaz e evitando múltiplas intervenções.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.408>