

647

Fechamento de fístula enterocutânea com enxerto de peritônio em anastomose intestinal – relato caso



A.M. de Mattos Junior, A.O. Caliman, D.N. Salomão Paulo, D.M. de Aguiar, F.P. Timm do Carmo, F.H.R. Abreu dos Santos

Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, ES, Brasil

Área: Cirurgia Minimamente Invasiva, Novas técnicas cirúrgicas/Avanços Tecnológicos em Cirurgia Colorretal e Pélvicas e Anorretais

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): Este caso tem por objetivo relatar o uso de enxerto peritoneal no reforço de anastomose entérica difícil.

Descrição do caso: Paciente A.M., 39 anos, masculino, portador de hipertensão arterial sistêmica e de diabetes mellitus tipo II, submetido a apendicectomia e colectomia direita em 1996 devido apendicite supurada, com confecção de colostomia. Durante internação, necessitou de múltiplas reabordagens, ficando durante um período em peritoniotomia. No mesmo ano, foi abordado eletivamente para reconstrução do trânsito intestinal e fechamento da ostomia. Após fechamento de estoma, evoluiu com hérnia incisional em topografia da incisão xifopúbica, e relata que após trauma em topografia de hérnia, passou a notar aumento da tumoração, e em maio de 2017 iniciou saída espontânea de secreção entérica pela ferida, caracterizando fístula enterocutânea. A abordagem cirúrgica para correção da fístula se deu através de ressecção em cunha do segmento de trajeto fistuloso e enterectomia de 25 cm de delgado a nível de íleo (cerca de 220 cm do ângulo de Treitz), que se encontrava enovelado com alças intestinais frágeis e friáveis, em bloco único. Realizada anastomose intestinal latero-lateral manual com fio prolene 4-0. Procedeu-se ressecção de segmento retangular de aproximadamente 15 cm de peritônio parietal para enxertia autóloga. O mesmo foi fixado com sua face cruenta em íntimo contato com a anastomose, com sutura contínua de fio prolene 4-0 na seromuscular da parede intestinal, com cobertura circunjacente de toda a anastomose. No pós-operatório, o paciente seguiu para enfermaria, orientado a utilizar cinta abdominal, já com dieta oral líquida restrita, com possibilidade de alta médica no quinto dia. O paciente retornou para revisão em 19°, 27° e 34° pós-operatório, apresentando evolução fisiológica. Última avaliação realizada 6 meses após abordagem, paciente se mantinha assintomático, sem sinais de recidiva de lesão fistular.

Discussão e Conclusão(ões): A busca de novas técnicas utilizadas nas anastomoses entéricas são justificadas pelas taxas consideráveis de ocorrência de deiscência e fístulas, representando complicações potencialmente graves para o cirurgião, com repercussões no quadro clínico do paciente, aumento do tempo de internação e mortalidade. Diversos estudos experimentais demonstraram resultados positivos com uso de enxerto peritoneal autólogo na proteção de anastomoses digestivas, reduzindo as taxas de deiscência e fístulas. Enxer-

tos peritonias autólogos podem influenciar positivamente no processo de cicatrização das anastomoses e servir como barreira mecânica local, reduzindo as taxas complicações inerentes ao procedimento cirúrgico de base e diminuindo substancialmente o aparecimento de fístula enterocutânea. A técnica apresentada mostrou-se adequada a este caso, podendo ser empregada e estendida a outros pacientes com diferentes abordagens, em anastomoses intestinais tecnicamente difíceis ou com chances consideráveis de insucesso e/ou complicações.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.154>

392

Herniação interna por cólon abaixado após retossigmoidectomia com excisão total de mesorreto videolaparoscópica: relato de caso



F.S. Sena^a, O.C. Lisboa^b, L.A. Siqueira^b, Junior Ribeiro^b, R.F. Nogueira^a, L.d.A. Barroso^c, M.A.M. dos Santos^a, S.M.d.O. Leite^a

^a Hospital Governador Israel Pinheiro (HGIP), Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

^b Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), Ouro Preto, MG, Brasil

^c Hospital Vila da Serra, Belo Horizonte, MG, Brasil

Área: Cirurgia Minimamente Invasiva, Novas técnicas cirúrgicas/Avanços Tecnológicos em Cirurgia Colorretal e Pélvicas e Anorretais

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): Expor condução de caso com depreensão peroperatória de herniação entérica por cólon abaixado após retossigmoidectomia com ETM videolaparoscópica.

Descrição do caso: M.C.G.C., 66 anos. Histórico pessoal de HAS e DM insulínica independente além de neoplasia mamária prévia. Colonoscopia visibilizou LST granular homogênea semicircunferencial, de 4 cm a 12 cm da BA, não passível de ressecção endoscópica, classificada como adenoma tubuloviloso com displasia de baixo grau/alto grau em macrobiópsia. Estadiamento sem lesões à distância. Submetida, no dia 30/07/2018, a retossigmoidectomia com excisão total do mesorreto videolaparoscópica com reconstrução primária por grampeamento e ileostomia à Brooke após localização de tatuagens endoscópicas a nível de reto médio e confirmação por colonoscopia peroperatória. Manutenção de vômitos e distensão abdominal indolor em pós-operatório, não responsivos a manejo conservador, sem outros achados associados. TCS abdominais no 8° e 15° DPOs evidenciando dilatação enteral difusa, sem obstrução mecânica aparente e integridade anastomótica e de planos pélvicos, motivando insistência em tratamento conservador, permanentemente inefetivo. Durante laparotomia exploradora, depreendeu-se herniação interna entre jejuno distal e brecha mesocólica de cólon abaixado com múltiplas aderências locorregionais, havendo áreas de desserosação e lesão jejunal de 3° grau à soltura, prontamente reparadas, com boa evolução pós-operatória.

Discussão: A herniação interna pós-ressecção colorretal é complicação rara, com prevalência estimada de 5/1000 casos. Porém com taxa de reoperação em torno de 90% e mortalidade associada de 10%. Atenta-se para a limitação de achados imagiológicos nesta condição, em que são descritos sinais tomográficos como alças de delgado em formato de U- ou C- em localização póstero-lateral ao cólon abaixado, mas com baixa acurácia e sensibilidade, tornando sua ausência não excludente do diagnóstico. Atualmente elenca-se o fechamento da brecha mesocólica com cliques, cola de fibrina ou sutura videolaparoscópica com fio inabsorvível como métodos de prevenção, além de estratégias de conferência de alças de delgado e posicionamento destas medialmente ao cólon abaixado, com ou sem interposição omental.

Conclusão: Até o presente, em literatura, considera-se não haver evidências que suportem a realização de rotina do fechamento da brecha mesocólica no abaixamento VLP, principalmente por este processo ser desafiador até para cirurgões laparoscópicos mais experientes, gerando aumento de tempo cirúrgico e por possuir complicações correlatas, como lesões a estruturas retroperitoneais e comprometimento vascular do mesocólon, combinada a baixa prevalência. Nesta premissa insere-se nosso serviço, em que realiza-se conferência locorregional e posicionamento das alças enterais em topografia medial à brecha ao fim do procedimento como rotina.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.155>

648

Abaixamento de cólon tipo swenson cutait para tratamento de complicação de retossigmoidectomia vlp: relato de caso

F.B. Beraldo, I.R.M.D.A. Lima, I.B Amim, M.V.P.R. Silvino, R.C.D. Galvao, P.S. Rahe, V.C.S. Soares, A.V. Calheiros

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil

Área: Doenças malignas e pré-malignas dos cólons, reto e ânus

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): Relatar caso em que o abaixamento de cólon por adaptação da técnica de Swenson-Cutait teve sucesso terapêutico em complicação cirúrgica de tumor de reto.

Descrição do caso: Homem, 61 anos, diagnosticado com adenocarcinoma de reto médio. Inicialmente estadiado, sem metástase. Submetido a neoadjuvância com quimiorradioterapia com boa resposta e diminuição da lesão. 14 semanas após, realizado retossigmoidectomia videolaparoscópica com ETM, anastomose grampeada a 4cm da borda anal e ileostomia de proteção. Evoluiu em 4º DPO com deiscência da anastomose e coleção pélvica. Submetido a punção local e antibioticoterapia. Alta hospitalar no 16º DPO. Em seguimento ambulatorial, exame proctológico comprovou deiscência anastomótica e permanência de saída de secreção mucopurulenta. Realizado lavagens seriadas, com diminuição da coleção e melhora infecciosa. Três meses após cirurgia inicial, realizado abaixamento laparotômico do cólon e

rematuração da ileostomia para resolução da complicação. Em pós operatório, evoluiu com piora clínica e do aspecto do dreno. Reabordado 1 semana depois, evidenciado necrose colônica extensa e peritonite purulenta. Feito novo abaixamento de cólon (direito), sem complicações, com alta hospitalar em 14º DPO. Retossigmoidoscopia ambulatorial mostrou mucosa viável. Colonoscopia de controle com anastomose colônica de bom aspecto. Reinternado dois meses depois para fechamento de ileostomia, com boa evolução.

Discussão: O câncer colorretal é o terceiro mais comum do mundo e a abordagem cirúrgica é pilar essencial na terapêutica curativa. A cirurgia para tumores de reto médio e baixo configura-se como um desafio devido às dificuldades anatômicas e técnicas para abordagem do tumor e às possíveis complicações decorrentes do procedimento. A escolha da técnica deve ser individualizada, levando-se em conta fatores relacionados ao tumor (altura, tamanho, biologia molecular), ao paciente (idade, sexo, comorbidades, comprometimento sistêmico) e ao cirurgião (experiência, disponibilidade de recursos). Atualmente, a videolaparoscopia vem ganhando espaço como modalidade eficaz e menos invasiva, sendo a Excisão Total do Mesorreto via transanal o padrão ouro nesses casos. Entretanto, este procedimento não é isento de complicações, sendo as deiscências (precoces e tardias), os abscessos e as fístulas as principais delas. No caso relatado, foi adaptada a técnica de Swenson-Cutait para tratamento de complicação cirúrgica, possibilitando uma boa evolução do paciente com reconstrução de trânsito posteriormente.

Conclusão: O tratamento cirúrgico do câncer de reto médio baixo ainda é um desafio. A videolaparoscopia ganha espaço na medida que busca melhor resultado oncológico, porém ainda apresenta complicações. Em caso de deiscência, a resolução pode se dar pela técnica tradicional do abaixamento do cólon, apresentando bons resultados.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.156>

395

Drenagem de abscesso pélvico por retoscopia flexível: uma nova abordagem

M.M.P.d. Alencar, A.C.d. Aquino, J.A.G. Bandeira, B.S.d.A. Espíndola, J.S. Duarte, D.M.C. Júnior, I.A.N.d. Oliveira

Hospital Regional de Juazeiro, Juazeiro, BA, Brasil

Área: Cirurgia Minimamente Invasiva, Novas técnicas cirúrgicas/Avanços Tecnológicos em Cirurgia Colorretal e Pélvicas e Anorretais

Categoria: Relatos de caso

Forma de Apresentação: Pôster

Objetivo(s): O objetivo deste trabalho é relatar um caso e apresentar uma nova abordagem, para casos selecionados de abscessos pélvicos, através de um meio já conhecido, a Retoscopia Flexível, bem como discutir suas perspectivas, limitações e futuro.

Descrição do caso: M.P.R., 66 anos, masculino, com diagnóstico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de sigmoide (T4N1M0) submetido à retossigmoidectomia por via aberta com anastomose colorretal mecânica, evoluindo

