

773

PRESERVAÇÃO DA VEIA MESENTÉRICA INFERIOR EM COLECTOMIAS ESQUERDAS - PENSANDO NA DRENAEM VENOSA



A.G.F. Melani, P. Bertulucci, L.G.C. Romagnolo

IRCAD América Latina, Barretos, SP, Brasil

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

Categoria Estudo clínico não randomizado

Forma de Apresentação Vídeo Livre

Objetivo(s) Usualmente na realização das colectomias esquerdas realiza-se a ligadura da veia mesentérica inferior. Com o intuito de uma maior preservação da drenagem venosa do colón esquerdo distal e sigmoide permitindo uma anastomose mais alta e sem tensão, este vídeo apresenta os passos técnicos para a preservação venosa.

Descrição da técnica O presente vídeo apresenta diversas abordagens dos tumores da flexura esplênica localizados em colón transverso distal ou colón esquerdo proximal, execução dos passos técnicos para a preservação da veia mesentérica inferior. Iniciamos com a identificação da artéria mesentérica inferior que é dissecada na origem, esqueletizada e realizada a linfadenectomia D3. A dissecação prossegue por sobre a mesma até a origem da artéria cólica esquerda que é ligada na sua origem. Utilizando a artéria cólica esquerda como referência, identificamos o cruzamento da veia mesentérica inferior que é esqueletizada a partir deste ponto em direção a sua origem cranial. Após a liberação da veia a cirurgia prossegue de forma usual com a mobilização da flexura esplênica e anastomose intracorpórea.

Discussão e Conclusão(ões) Para as colectomias esquerdas usualmente recomenda-se anastomoses ao nível do promontório para diminuir os riscos vasculares associados a deiscência de anastomose. Os cirurgiões usualmente avaliam sempre o fluxo arterial e quase nunca se preocupam com a drenagem venosa. Sabemos que a congestão venosa também pode levar a isquemia que clinicamente se apresenta tardiamente com a necrose do colón abaixado. Neste sentido ilha alguns anos iniciamos a preservação da veia mesentérica inferior nas colectomias esquerdas para garantir um melhor retorno venoso do sigmoide proximal em uma anastomose mais seguras em relação a drenagem venosa. imaginamos que este cuidado possa reduzir a frequências de deiscências anastomóticas nas colectomias esquerdas.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.425>

521

MODELO DE TREINAMENTO DE DISSECÇÃO PÉLVICA LATERAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA EM ANIMAIS (SUÍNOS)



L.C. Pandini¹, R.V. Pandini², G.C. Cotti², A. Spinelli³, T. Anbar-Neto⁴, J.A. Pupo-Neto⁵, C.A.R. Martinez⁶, S.C. Nahas²

¹ Curso Continuoado de Videocirurgia de Araçatuba, Araçatuba, SP, Brasil

² Hospital das Clínicas (HC), Faculdade de Medicina (FM), Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

³ Humanitas Research Hospital, Rozzano, Itália

⁴ Faculdade de Medicina em São José do Rio Preto (FACERES), São José do Rio Preto, SP, Brasil

⁵ Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

⁶ Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, SP, Brasil

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

Categoria Pesquisa básica

Forma de Apresentação Vídeo Livre

Objetivo(s) A aquisição de habilidades na videocirurgia em cenários de alta complexidade demanda esforço e tempo. No câncer de reto a execução da linfadenectomia lateral pélvica (LLP) exige do cirurgião laparoscópico qualidade técnica e o conhecimento anatômico da região. O emprego da RM no estadiamento do câncer de reto tem aumentado a identificação de linfonodos laterais pélvicos e a necessidade da LLP, em casos selecionados, surge para o melhor controle local da doença. Neste cenário o Curso Continuoado de Videocirurgia de Araçatuba, com seus vinte e seis anos de experiência no ensino da cirurgia Colorretal Laparoscópica, propõe uma padronização de treinamento da dissecação pélvica lateral em modelo animal suíno, uma vez que este modelo in vivo apresenta particular semelhança anatômica com o humano.

Descrição da técnica O treinamento ocorre com um suíno de 22-24 kg, de acordo com as leis brasileiras de cuidados e uso de animais. A aprovação Ética foi obtida pela Comissão de Ética em uso de animais da Faculdade de Medicina FACERES. O animal é colocado sob anestesia geral e supervisão de um veterinário. O pneumoperitônio é realizado com agulha de Veress na região umbilical e inserção de 5 trocartes sendo um em cada quadrante. A cirurgia se inicia com a identificação do ureter e da artéria umbilical. O peritônio é aberto sobre a artéria e veia íliaca externa e dissecados todo tecido linfoadiposo em suas faces lateral e medial. A fásia dos músculos psoas e obturador são dissecados de todo tecido gorduroso e linfoadiposo. A dissecação continua pela artéria e veia íliaca interna e suas tributárias. O nervo obturador corre paralelo ao tendão do músculo psoas menor e sua porção superior encontra-se abaixo da bifurcação dos vasos íliacos externos e sua porção distal anterioriza sendo sua identificação facilitada próximo ao púbis e desce em direção ao tendão do músculo psoas menor. O nervo obturador é dissecado do pacote lin-

fonodal e a fossa obturatória é esvaziada. A dissecação então progride para a veia íliaca interna e porção distal da aorta caudal onde emerge a artéria sacral mediana e as artérias íliacas internas uma vez que o suíno não possui artéria íliaca comum.

Discussão e Conclusão(ões) A excisão total do mesorreto (ETM) é o padrão ouro no tratamento cirúrgico do câncer de reto. A ETM diminuiu a recidiva tumoral e aumentou a sobrevida no câncer de reto. Contudo em tumores localmente avançados pode haver o acometimento do tumor em locais fora do mesorreto, como nos linfonodos íliacos e obturatórios. Os possíveis benefícios da LLP estão em discussão. Este modelo de treinamento visa adquirir maior habilidade na dissecação lateral pélvica, com a finalidade de vencer a falta de confiança dos cirurgiões frente à dissecação lateral pélvica e de promover um treinamento sistematizado para o melhor aprendizado, a padronização deste procedimento para garantir resultados mais seguros e eficazes devido ao treinamento contínuo e prévio à execução no humano.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.426>

780

VAAFT COMO TRATAMENTO PARA FÍSTULA ANAL COMPLEXA



M.C.R. Araújo¹, A.G. Marques¹, M.R. da Costa¹, T.C. Maia¹, N.F. Rodrigues¹, C.V.V.N. Diógenes¹, R.D. Escalante¹, C.R.S. Mendes²

¹ Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

² Hospital Santa Izabel, Salvador, BA, Brasil

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

Categoria Pesquisa básica

Forma de Apresentação Vídeo Livre

Objetivo(s) Uso do Vídeo Assisted Anal Fistula Treatment (VAAFT) como tratamento satisfatório de fístulas anal complexas.

Descrição da técnica VAAFT é um procedimento minimamente invasivo para o tratamento de fístulas anorretais. O kit consiste em um fistuloscópio, um eletrodo monopolar, uma escova e uma pinça endoscópica. A técnica compreende duas fases: diagnóstica e terapêutica. O paciente é colocado em posição de litotomia após raquianestesia, e o fistuloscópio é introduzido no trato da fístula a partir do orifício externo (OE), e o orifício interno (OI) é identificado juntamente com qualquer trajeto secundário ou cavidades de abscessos, este dispositivo está equipado com duas torneiras, estando uma delas ligada a uma solução de lavagem de glicina a 1,5% ou manitol a 1%. Após, a fase de tratamento se dá através da fulguração dos trajetos primários e secundários da fístula, e removendo todos os detritos necróticos usando a escova com irrigação contínua. O tratamento do OI é etapa fundamental com a utilização de sutura, avanço de retalho ou grampeadores.

Discussão A técnica utilizada neste relato, foi em um paciente de 23 anos, sexo masculino, avaliado ambulatoriamente no serviço de coloproctologia do Hospital Universitário

Walter Cantídio, com quadro de dor e saída de secreção purulenta e fecaloide, através de orifício fistuloso externo (OE) às 7 h, 7 cm da borda anal ao exame físico, no qual apresentava ressonância pélvica demonstrando trajeto fistuloso de 12,5 cm com orifício interno no terço retal distal. Foi submetido ao VAAFT em janeiro de 2019, com tentativa de retalho mucoso por Transanal Endoscopic Operations (TEO) para tratamento de orifício interno, sem sucesso, procedimento finalizado sem intercorrências, com alta no 1º dia pós operatório. Durante avaliação no 4º mês de pós operatório, paciente retornou sem queixas, com OE cicatrizado, e melhor qualidade de vida. Fístulas anais complexas, como do caso em questão, exigem métodos mais aprimorados para o tratamento com o objetivo de preservar os esfíncteres anais. O valor do VAAFT é demonstrado quando inclui a capacidade de visualizar a fístula do interior para que possa ser erradicado sob visão direta, que permite o cirurgião identificar o orifício interno da fístula e quaisquer extensões secundárias do trato primário, além disso é um procedimento sem trauma direto aos esfíncteres anais.

Conclusão De acordo com o resultado satisfatório do caso apresentado, O VAAFT demonstrou ser uma ferramenta de diagnóstico eficaz e um método promissor e seguro para o tratamento de fístula anal alta, entretanto, deve-se manter acompanhamento ambulatorial a longo prazo com novas reavaliações.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.427>

525

ASPECTOS TÉCNICOS DA LINFADENECTOMIA LATERAL PÉLVICA LAPAROSCÓPICA E SUA SISTEMATIZAÇÃO



L.C. Pandini¹, R.V. Pandini²

¹ Curso Continuação de Videocirurgia de Araçatuba, Araçatuba, SP, Brasil

² Hospital das Clínicas (HC), Faculdade de Medicina (FM), Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

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

Categoria Pesquisa básica

Forma de Apresentação Vídeo Livre

Objetivo(s) O objetivo deste vídeo é demonstrar a sistematização da linfadenectomia lateral pélvica com o intuito de facilitar e orientar o procedimento quando realizado por videolaparoscopia.

Descrição da técnica O vídeo demonstra a realização de uma linfadenectomia lateral pélvica seletiva à esquerda em um homem de 72 anos de idade com tumor de reto médio, abaixo da reflexão peritoneal, e um linfonodo lateral pélvico esquerdo suspeito. O paciente submetido à ressecção anterior do reto com excisão total do mesorreto, anastomose colorretal grampeada e linfadenectomia lateral pélvica esquerda. No vídeo o nervo hipogástrico esquerdo e o ureter esquerdo são reparados e identificados, inicia-se a dissecação do peritônio sobre os vasos íliacos externos, depois a dissecação segue ao