

longo da artéria umbilical obliterada e vesical superior e os ramos da artéria ilíaca interna. A fossa obturatória é dissecada com a identificação do nervo obturatório e retirada do tecido linfoadiposo da região. Os espaços avasculares são identificados e utilizados como acesso para a linfadenectomia.

Discussão e Conclusão(ões) A linfadenectomia lateral pélvica é um procedimento complexo na cirurgia colorretal laparoscópica. O conhecimento anatômico dos espaços avasculares na região além dos vasos e nervos é de extrema importância na execução deste procedimento. Por isso, este vídeo tem a intenção de exemplificar, através de uma cirurgia para o controle local do câncer de reto, a anatomia vascular e nervosa e os espaços avasculares para auxiliar o aprendizado desta técnica operatória.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.428>

271

TRATAMENTO DE FÍSTULA PERIANAL COM AVANÇO DE RETALHO ENDOANAL



A.S. Portilho, S.E.A. Araujo, M.T. Marcante, V.E. Seid, L.S. Gerbasi, B.B. Vailati

Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil

Área Doenças Anorretais Benignas

Categoria Pesquisa básica

Forma de Apresentação Vídeo Livre

Objetivo(s) Demonstrar no vídeo as características da técnica de avanço de retalho endoanal no tratamento de fístula perianal complexa.

Descrição da técnica Em que pese a técnica de ligadura intraesfincteriana do trajeto fistuloso (LIFT) seja nossa opção técnica primária para o tratamento cirúrgico das fístulas trans, extra e supra-esfincterianas, há contraindicações conhecidas para o LIFT. No presente caso, descrevemos o tratamento cirúrgico por avanço de retalho. A operação foi conduzida em paciente ex-obeso mórbido submetido a múltiplos procedimentos cirúrgicos previamente e portador de fístula transesfincteriana complicada por formação concomitante de lojas em associação ao trajeto.

Discussão e Conclusão(ões) A operação de avanço de retalho endoanal é uma técnica de preservação esfíncteriana que consiste em curetagem do trato da fístula, fechamento por sutura do orifício interno e mobilização de um segmento proximal de mucosa, submucosa e músculo anorretal bem vascularizados, saudáveis e sem tensão para cobrir o orifício interno dissecado e suturado. Os resultados após a realização dessa técnica variam entre 66% e 87% para a cura da fístula criptoglandular. Embora seja um procedimento dito de preservação esfíncteriana, comprometimento em algum grau da continência anal no pós-operatório pode ser observado em até 35% dos casos associado a concomitante diminuição do repouso e da pressão de contração na manometria pós-operatória.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.429>

274

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO TUMOR RETRO-RETAL PELA CIRURGIA DE ACESSO POSTERIOR



A.S. Portilho, S.E.A. Araujo, M.T. Marcante, V.E. Seid, B.B. Vailati, L.S. Gerbasi

Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil

Área Miscelâneas

Categoria Pesquisa básica

Forma de Apresentação Vídeo Livre

Objetivo(s) No presente vídeo, demonstra-se a técnica de ressecção cirúrgica pela via de acesso posterior de tumor retrorretal em paciente jovem do sexo feminino.

Descrição da técnica Cirurgias de acesso posterior, ressecções anteriores ou a via combinada abdominal e perineal podem ser utilizadas para o tratamento cirúrgico do tumor retrorretal. Em contraste com a abordagem anterior, a abordagem posterior é preferida para tumores benignos menores que não se estendem acima do nível S4. Quando a borda superior do tumor é palpável e móvel no exame distal, a abordagem posterior deve ser considerada. No entanto, as principais desvantagens da abordagem posterior são o risco de hemorragia pélvica intraoperatória maior e possível lesão dos nervos pélvicos laterais.

Discussão e Conclusão(ões) Tumores retrorretais podem ser frequentemente assintomáticos ou associados a sintomas vagos. São raros e sua localização está definida no espaço para-retal, localizado entre a fásia visceral do mesorreto e a fásia parietal pélvica. Tumores retrorretais podem ser de origem eminentemente benigna a partir de restos embrionários ou representar lesões malignas com invasão direta de estruturas adjacentes. Os cistos de desenvolvimento são as lesões mais comuns dos tumores pré-sacrais. Eles são classificados em epidermóides, dermóides, entéricos e neuroentéricos. Os cistos epidérmicos são mais comuns em mulheres, com frequência de apresentação entre 0,9 e 12,5% dos tumores pré sacrais. Apesar de geralmente benignas, apresentam potencial de malignização e de infecções recorrentes. O diagnóstico conclusivo apenas com exames de imagem e exame físico dificilmente é estabelecido, e a biópsia pode trazer complicações, o que justifica sua ressecção cirúrgica mesmo em pacientes assintomáticas. Dados recentes provenientes de revisão sistemática de relatos de casos e casuísticas de tumores retrorretais sugerem que para o hamartoma retrorretal (mais conhecido como tailgut cyst), a transformação maligna pode ocorrer em mais de 25% dos casos. Portanto, o tratamento cirúrgico radical com ressecção completa da lesão deve ser indicado. Alguns autores, inclusive sugerem a indicação da excisão total do mesorreto em oposição às operações de ressecção por cirurgia de acesso posterior. Ocorre, no entanto que esse objetivo pode ser de difícil alcance em alguns casos por motivo de dificuldade técnica resultante de tamanho e localização da lesão sobretudo quando a prevenção de complicações infecciosas e a preservação da continência são objetivos concomitantes do tratamento cirúrgico.