

gico, especialmente quando essas lesões acometem pacientes assintomáticos.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.430>

787

CIRURGIA DE DELORME EM PACIENTE IDOSA COM PROLAPSO RETAL



A.C.R. Vicente, L.M.A.M. da Costa, Kd.O. Araujo, Td.O. Manzione, F.C. Bin

Irmadade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Área Doenças do assoalho pélvico/Fisiologia Intestinal e Anorretocólica

Categoria Pesquisa básica

Forma de Apresentação Vídeo Livre

Objetivo(s) Objetivo deste vídeo é demonstrar a técnica da cirurgia de Delorme.

Descrição da técnica Paciente em litotomia, sob raquianestesia + sedação Assepsia + colocação de campos estéreis Exteriorização do prolapso Incisão na mucosa do reto prolapsado 360 grau com liberação gradual da muscular da mucosa da parede proximal até parte distal com término da mesma quando não há mais protusão Ressecção gradual da mucosa mobilizada Realização de suturas mucomusculares absorvíveis entre mucosa proximal, muscular e distal em toda circunferência Maturação da mucosa da anastomose com pontos simples com fio absorvível entre os pontos cardinais Revisão da hemostasia Curativo estéril Envio da peça à Anatomia Patológica Término do procedimento.

Discussão e Conclusão(ões) O prolapso retal (PR) ou prociência retal é definido como a exteriorização total do reto através do orifício anal. Trata-se de uma doença sem fisiopatologia bem definida, em que é possível que os processos sejam os mesmos com diferentes aspectos anatômicos e funcionais do assoalho pélvico. Estudos epidemiológicos falham em determinar a frequência desta patologia na população, entretanto é observado uma maior frequência nos extremos de vida, sendo as crianças abaixo dos 3 anos de vida e no adulto acima de 50 anos. Apresenta maior incidência nas mulheres, com cerca de 85% dos casos, foram descritos diversos procedimentos na tentativa de otimização do reparo desta afecção. Entretanto, nenhum método apresentou resultado tão expressivo em comparação aos demais. Pode-se dividi-los em procedimentos abdominais ou perineais. Nas abordagens abdominais, destacam-se os reparos que envolvem a fixação retal, ressecção retal ou a combinação de ambos. As abordagens perineais são associadas com maior recorrência do que as abdominais, entretanto com menor morbidade sendo possível sua realização com anestésias locais/bloqueios nervosos. São descritas a cirurgia de Delorme, e a cirurgia de Altemeier com ou sem plastia dos músculos elevadores. Neste vídeo, trata-se de um caso de uma paciente com 90 anos, com 4 partos normais prévios com um prolapso retal, na qual foi optado pela realização da cirurgia de Delorme devido à sua condição clínica bem como sua expectativa de vida. A maior vantagem desde procedimento em comparação com os demais é a baixa taxa de complicações como deiscências de anastomoses, san-

gramentos, abscessos e estenoses pélvicas, o que acarreta em alta precoce e menor chance de óbito. O vídeo corrobora com o texto descrito acima. Embora existam diversas técnicas descritas para esta patologia, esta paciente se beneficiou do procedimento realizado uma vez que por não Haver violação peritoneal e anastomoses, não sendo uma cirurgia de grande porte, a mesma não evoluiu com complicações relacionadas ao ato cirúrgico, bem como ausência de recidiva em 1 ano de pós operatório associado à melhora da qualidade de vida reforçando, dessa forma, a escolha deste procedimento para pacientes idosos com status performance ruim associado a prolapso retal.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.431>

277

PADRONIZAÇÃO DA TÉCNICA DE EXCISÃO COMPLETA DO MESOCÓLON VIDEOLAPAROSCÓPICA PARA TUMORES DO CÓLON DIREITO



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

Hospital Israelita Albert Einstein, 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) Demonstrar, com vídeo ilustrativo, a padronização da técnica de ECM com LVC para tumores de cólon direito.

Descrição da técnica A realização e checagem de sete passos representa uma proposta para a realização da CM com LVC, as quais são demonstradas no presente vídeo. Após a (1) exposição da raiz do mesentério, esta é transeccionada na linha peritoneal, cerca de 2 cm ventralmente aos vasos ilíacos comuns direitos. Em seguida, (2) a junção entre os vasos ileocólicos e a veia mesentérica superior é dissecada. Após entendimento da anatomia e origem dos vasos ileocólicos, a artéria e veia ileocólicas são tomadas centralmente (3). Após esse tempo, a veia mesentérica superior (4) é dissecada em direção à origem da artéria cólica média. O tronco gastrocólico de Henle (5) é identificado. Prossegue-se com a dissecção da artéria cólica média (6) e, para os casos de tumores do cólon direito, a divisão de seu ramo direito. Por fim, o ligamento gastrocólico deve ser apresentado e transeccionado.

Discussão e Conclusão(ões) A excisão completa do mesocólon (ECM) associada a ligadura vascular central (LVC) tem futuro promissor como técnica padrão para o tratamento cirúrgico do câncer do cólon. Porém, essa técnica carece de adequada definição e padronização técnica além de ser conhecida por suas inúmeras dificuldades técnicas como exposição dos vasos mesentéricos superiores em toda a inserção do mesocólon, sobretudo quando considerada a via de acesso minimamente invasiva. A ECM com LVC sem dúvidas necessita de maiores estudos prospectivos e random-

izados, contudo, é um risco afirmar que pacientes não se beneficiarão com essa abordagem no futuro.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.432>

542

IMPORTÂNCIA DA RETOSCOPIA RÍGIDA COM A ÓPTICA DE VIDEOLAPAROSCOPIA INTRAOPERATÓRIA PARA DEFINIÇÃO DE MARGEM CIRÚRGICA COM AUXÍLIO DE TRANSILUMINAÇÃO, DURANTE RETOSSIGMOIDECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA ONCOLÓGICA COM EXCISÃO TOTAL DO MESORRETO



F.A. Fernandes, R.A. Pinto, A.C.M. Paiva, B.V.Hd. Mattos, P. Averbach, S.C. Nahas, I. Cecconello

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

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

Categoria Pesquisa básica

Forma de Apresentação Vídeo Livre

Objetivo(s) Demonstração técnica da utilização da retoscopia rígida óptica de videolaparoscopia intraoperatória para definição da margem cirúrgica de secção do reto, em retossigmoidectomia oncológica com excisão total do mesorreto.

Descrição da técnica Paciente sexo masculino, 61 anos, hígido, com diagnóstico de adenocarcinoma de reto após realização de colonoscopia de rastreamento. O exame evidenciou lesão vegetante, de 2 cm, a cerca de 14 cm da borda anal. Os exames de estadiamento não identificaram a lesão ou processos secundários. Por tratar-se de lesão em reto alto, foi indicado, retossigmoidectomia videolaparoscópica de princípio. Durante o inventário da cavidade não foi evidenciada a lesão retal e nem sinais de lesões peritoneais ou hepáticas. Iniciado a dissecação de medial para lateral, de acordo com princípios oncológicos: Ligadura da veia e da artéria mesentérica inferior na origem, liberação do mesocólon esquerdo do retroperitônio e descolamento intercoloeplóico. Realizada incisão da reflexão peritoneal para excisão total do mesorreto. Iniciada a excisão pela abertura posterior do mesorreto, seguido da liberação lateral e anterior. Dissecação do mesorreto até 5 cm da borda anal. Como não foi possível identificar o tumor, foi optado por realização de retoscopia com fonte luminosa, para identificação adequada da lesão e definição de margem para secção do reto. A retoscopia identificou a lesão a 11 cm da borda anal. Definida a margem adequada pela retoscopia por meio da transiluminação do reto, guiada por videolaparoscopia. Secção do reto à 6 cm da borda anal, com grameador laparoscópico. Realizado anastomose colorretal com grameador circular 33 mm. Devido a anastomose baixa, optado por realização de ileostomia em alça. O paciente apresentou boa evolução e recebeu alta hospitalar no sétimo pós operatório. O anatomopatológico demonstrou T2N0 (0/20 linfonodos).

Discussão e Conclusão(ões) A colonoscopia, muitas vezes, não é um exame fidedigno para estimar a distância do tumor da borda anal. Principalmente em tumores menos avançados, que podem não ser observados nos exames de estadiamento e durante o intraoperatório, o cirurgião deve valer-se de outros modos para estabelecer uma margem distal adequada do tumor. Tatuagem da lesão com tinta nanquim e utilização da retoscopia intraoperatória são duas opções viáveis. Neste caso, devido a proximidade da lesão com a reflexão peritoneal, optou-se por não injetar tinta nanquim no pré operatório, a tinta no mesorreto poderia ocasionar um borramento local, prejudicando a identificação do plano adequado para dissecação oncológica. A utilização da retoscopia rígida com auxílio da óptica de VLP no intraoperatório mostrou-se uma técnica segura, efetiva e barata nestes casos. A retoscopia rígida com auxílio da óptica de videolaparoscopia é uma ferramenta efetiva durante o intraoperatório para estabelecimento de uma margem distal de segurança em tumores de reto precoces e não tocáveis, durante a videolaparoscopia.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.433>

543

TRATAMENTO CIRÚRGICO NA DIVERTICULITE AGUDA HINCHEY II



B.V.Hd. Mattos, R.A. Pinto, A.C.Md. Paiva, O.F.M. Braghiroli, R.V. Pandini, L.F. Sobrado, S.C. Nahas, I. Cecconello

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

Área Doenças Intestinais funcionais e Doença Diverticular dos cólons

Categoria Pesquisa básica

Forma de Apresentação Vídeo Livre

Objetivo(s) Discutir a factibilidade do tratamento cirúrgico (Retossigmoidectomia Videolaparoscópica com reconstrução primária) no tratamento da diverticulite aguda Hinchey II após falha do tratamento clínico padronizado.

Descrição da técnica Paciente masculino, anos, sem comorbidades e internado no serviço de urgência com quadro de diverticulite aguda Hinchey II. Apresentava abscesso retrovesical de cerca de 2 cm (sem possibilidade de punção guiada por imagem). Realizado tratamento clínico com antibioticoterapia intravenosa (Ciprofloxacino e Metronidazol) por 03 dias durante a internação hospitalar. Teve boa evolução clínica e laboratorial com alta hospitalar e término do tratamento por via oral até completar 10 dias. Paciente retorna ao serviço de urgência após 20 dias da alta hospitalar com recidiva dos sintomas. Caso discutido em Reunião Multidisciplinar e optado por indicação do tratamento cirúrgico. Realizado retossigmoidectomia videolaparoscópica com descendente-reto anastomose sem intercorrências. Cirurgia realizada conforme padronização técnica do serviço, sendo observada maior dificuldade técnica na dissecação do reto e descolamento da bexiga e necessidade do uso de bisturi ultrassônico. Optado por reconstrução primária com grameador circular sem confecção de estomia de proteção. Paciente apresentou