

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 intercoloeoplóico. 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

boa evolução clínica, introdução de dieta no 1 PO e alta hospitalar no 5 PO. Atual seguimento ambulatorial assintomático e sem novos episódios de diverticulite aguda.

**Discussão e Conclusão(ões)** O tratamento cirúrgico no quadro de diverticulite aguda Hinchey II deve ser levado em consideração após falha clínica. Porém, deve-se considerar as dificuldades intra-operatórias, sobretudo na dissecação do segmento acometido. A experiência e o cuidado técnico são fundamentais, além de avaliar a necessidade de estomia de proteção, quando confecção da anastomose primária.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.434>

807

### Exenteração pélvica laparoscópica (vlp) após falha de watch and wait com terapia neoadjuvante total

GCdC. Cotti, R.V. Pandini, A.P. Nogueira, F.F. Coelho, R.J.d. Oliveira, V.B. Jeismann

Hospital Sírio-Libanês, 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 um caso de resgate cirúrgico minimamente invasivo em paciente submetido à protocolo de preservação de órgão após neoadjuvância total com recrescimento de adenocarcinoma em reto distal.

**Descrição da técnica:** Paciente, 39 anos feminina, com diagnóstico de adenocarcinoma de reto baixo localmente avançado, submetida à neoadjuvância total FOLFOX e radioterapia de curso longo em serviço externo, evoluiu com suposta clínica completa. Após 8 meses apresentou recrescimento da lesão primária, sem evidência de doença sistêmica e reestadiada como T4N1M0, com tumor a 5 cm da borda anal, com invasão para o colo uterino e fôrnice vaginal posterior, invasão vascular extramural positiva e fâscia mesorretal comprometida. Submetida à exenteração pélvica posterior VLP com anastomose coloanal manual e ileostomia de proteção. O anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma moderadamente diferenciado ypT4ypN1 (1/45) com margens livres e invasão para parede posterior da vagina.

**Discussão e Conclusão(ões):** O protocolo de preservação de órgão frente a resposta clínica completa para o adenocarcinoma do reto tem sido cada vez mais empregado, contudo até um terço dos pacientes podem apresentar recrescimento necessitando de resgate cirúrgico. O vídeo mostra a possibilidade do resgate cirúrgico curativo, R0, multivisceral acrescentando as vantagens da cirurgia minimamente invasiva.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.11.435>

554

### Recidiva de câncer retal ultrabaixo após ressecção anterior com dissecação interesfincteriana resgatado com amputação abdominoperineal de reto videolaparoscópica

R.V. Pandini, C.M.A. Vilanova, G.C. Cotti, C.F.S. Marques, C.S.R. Nahas, U. Ribeiro Junior, S.C. Nahas, I. Ceconello

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):** A quimiorradioterapia neoadjuvante (QRT) seguida de cirurgia com excisão total do mesorreto (ETM) é o tratamento padrão para tumor de reto localmente avançado (T3/T4 ou N+). Apresenta taxa de recidiva local de 2,4%–10%. O objetivo deste trabalho é destacar que, apesar do tratamento oncológico adequado a recidiva local pode ocorrer principalmente nos dois primeiros anos de seguimento.

**Descrição da técnica:** Paciente previamente submetida à ressecção anterior do reto com ETM, dissecação interesfincteriana e anastomose coloanal manual e videolaparoscópica (VLP) ileostomia de proteção (IP) devido a tumor de reto distal. Apresentou recidiva local 24 meses após cirurgia sendo indicada amputação abdomino-perineal (AAP). Detalhes técnicos: posição de Lloyd-Davis; Realizado fechamento da IP seguido de confecção do pneumoperitônio e passagem de trocarteres: 12 mm em local da IP prévia no flanco direito, 10 mm umbilical e 5 mm em hipocôndrio direito; Dissecação do cólon abaixado até o nível do assoalho pélvico; Ligadura da arcada marginal e secção do cólon abaixado; Abertura de orifício da colostomia em flanco esquerdo e exteriorização cólon. Fechamentos das incisões dos trocarteres e maturação de colostomia. Tempo perineal: incisão em fuso ao redor do ânus com dissecação por planos até musculatura elevadora do ânus e assoalho pélvico, obtendo comunicação com a cavidade abdominal; Eversão da peça para secção anterior e preservação da vagina. Retirada da peça com margens livres, sem perfuração. Fechamento do defeito perineal pela cirurgia plástica através do retalho de glúteo esquerdo (gluteal-fold) em avanço V-Y.

**Discussão:** Destacamos o caso de uma paciente do sexo feminino, 42 anos, previamente hígida diagnosticada com adenocarcinoma de reto distal localmente avançado, T3, junto à linha pectínea, rmT3bN1. Foi submetida à QRT short course (estadiamento após yrmT3c N1, TRG4, fâscia mesorretal comprometida), seguida de RA VLP com ressecção interesfincteriana, ETM e anastomose coloanal manual e IP. Anatomopatológico (AP) da cirurgia: adenocarcinoma invasivo (componente mucinoso em 70%); invasão angiolinfática e perineural presente; margens livres (0,5 cm radial), linfonodos acometidos 3/28 (ypT3 ypN1b). Realizou QT adjuvante e manteve seguimento sem evidência de doença até 24 meses quando se constatou lesão vegetante posterior em anastomose coloanal.

