

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.

