

VL49

**ASPECTOS TÉCNICOS DA RETIRADA DO ESPÉCIME CIRÚRGICO POR VIA TRANSRETAL NA RETOSSIGMOIDECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA NA ENDOMETRIOSE INFILTRATIVA PROFUNDA**

Renato Gomes Campanati, Lívia Cardoso Reis, Magda Maria Profeta da Luz, Bernardo Hanan, Kelly Cristine de Lacerda Rodrigues Buzatti, Ana Carolina Parussolo André, Rodrigo Gomes da Silva

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

**Introdução:** Endometriose consiste em uma afecção ginecológica comum, atingindo de 5%-15% das mulheres no período reprodutivo. Essa doença é definida pelo implante de estroma e/ou epitélio glandular endometrial em localização extrauterina. A maioria das pacientes apresenta sintomas, em diferentes intensidades, sendo os principais dismenorréia, dor pélvica crônica, infertilidade, dispareunia, sintomas intestinais e urinários. O tratamento medicamentoso não promove a cura ou desaparecimento das lesões, apenas melhora dos sintomas clínicos e eventualmente o retardo na evolução das lesões. A cirurgia é a terapêutica de escolha, preferencialmente por videolaparoscopia. A ressecção das lesões e aderências permitem uma melhora da qualidade de vida com diminuição ou extinção da dor e retorno a fertilidade em grande parte das pacientes.

**Descrição do caso:** Paciente, sexo feminino, 34 anos, com relato de dor pélvica crônica. Diagnóstico de endometriose pélvica profunda, refratária a tratamento clínico durante mais de 6 meses. Submetida a tratamento cirúrgico via laparoscópica com ressecção de implantes ovarianos e retossigmoidectomia, com extração do espécime cirúrgico por via retal.

**Discussão:** A endometriose geralmente apresenta um padrão assimétrico de distribuição das lesões, com predomínio no compartimento pélvico posterior e do lado esquerdo da pelve. Como o objetivo principal do tratamento cirúrgico é o de remover completamente todas as lesões profundas, a localização das lesões determina a escolha da técnica cirúrgica em cada caso. A endometriose infiltrativa profunda frequentemente apresenta lesões infiltrando o septo reto-vaginal, que muitas vezes requer ressecção cirúrgica para controle dos sintomas. Uma vez que ocorre normalmente em mulheres jovens, a retirada da peça por via retal ou vaginal prescinde da realização de incisão cirúrgica acessória e, consequentemente, possibilidade de recuperação pós-operatória mais acelerada e melhor imagem corporal.

**Conclusão:** As lesões da endometriose pélvica profunda têm uma tendência de ser multifocal, afetar preferencialmente o compartimento pélvico posterior e comprometer o reto em uma parcela significativa das pacientes. Uma vez que uma parcela das pacientes deverão ser submetidas a ressecção cirúrgica das lesões, a utilização de técnicas minimamente invasivas e extração transretal do espécime cirúrgico permite



melhor cosmese e possivelmente melhor recuperação pós operatória.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.401>

VL50

**CIRURGIA CONSERVADORA NO RETO E RADICAL NO SIGMOIDE EVITA LARS EM ENDOMETRIOSE PROFUNDA?**

Univaldo Etsuo Sagae<sup>a,b</sup>, Doryane Maria dos Reis Lima<sup>a,b</sup>, Gustavo Kurachi<sup>a,b</sup>, Vitor Sagae<sup>a,b</sup>, Barbara Pereira de Lara<sup>a,b</sup>, Ivan Roberto Bonotto Orso<sup>a,b</sup>, Namir Cavalli<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, Toledo, PR, Brasil

<sup>b</sup> Gastroclínica Cascavel, Cascavel, RS, Brasil

**Objetivos:** Demonstrar a factibilidade e benefícios na associação de técnica cirúrgica conservadora no reto associando a ressecção segmentar somente no cólon sigmoide nas lesões estenosantes, deformantes e múltiplas em pacientes portadoras de endometriose profunda, com intuito de preservar o máximo do reto médio e baixo e evitar suas sequelas mesmo sendo necessária a ressecção do sigmoide.

**Métodos:** Dez pacientes portadoras de endometriose infiltrativa demonstrada por exames de imagem, acometendo o reto médio e ou baixo associado a lesões infiltrativa e deformante no sigmoide, foram submetidas a tratamento cirúrgico videolaparoscópicas entre 2016 e 2017. A retirada da lesão no reto foi feita pela técnica de shaving nos nódulos superficiais ou em disco nas lesões profundas que acometem a camada muscular ou além desta camada. Nas lesões maiores e profundas associou-se à técnica de shaving de maneira agressiva, como único propósito a diminuição do tamanho, camada espessa e parte endurecida da lesão, com aplicação de sutura de aproximação nas bordas sadia para caber na mandíbula do grampeador. Nas lesões no sigmoide, a conduta preconizada foi a ressecção segmentar. Cinco pacientes submetidas a técnica de shaving no reto e segmentar no sigmoide, outras 5 pacientes foram submetidas a técnica de disco no reto e segmentar no sigmoide com anastomose intracorpórea em duplo grampeamento e a retirada da peça foi pelo portal de 12 mm na fossa ilíaca direita em 8 casos e vaginal em 2 casos.

**Resultados:** O tempo médio de cirurgia foi de 55 minutos. Não houve necessidade de colocação de dreno contrário. A média da perda de sangue foi de 80 ml. O tempo de internamento foi de dois dias (1-3). As pacientes foram avaliadas sobre a função intestinal, sem queixas evacuatórias.

**Conclusão:** Associação de técnicas, conservadora no reto e radical no sigmoide, em lesões múltiplas do retossigmoide, é factível e proporciona boa qualidade de vida.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.402>

