

internação e desfechos oncológicos similares. Além disso, a realização de anastomose íleo-cólica intracorpórea favorece a recuperação pós-operatória, especialmente no que concerne à ferida operatória, tanto com redução das taxas de infecção de sítio cirúrgico quanto redução de hérnias incisionais. O presente vídeo objetiva demonstrar aspectos técnicos da colectomia direita com anastomose íleo-cólica por via robótica.

Descrição do caso: Paciente do sexo feminino, 43 anos, com história de anemia assintomática e achado na colonoscopia de pólipos séssil circunferencial, não ressecável, cujo anátomo-patológico demonstrou adenoma túbulo-viloso com displasia de alto grau. Tomografias computadorizadas de estadiamento sem sinais de metástases.

Foi submetida à colectomia direita robótica com anastomose íleo-cólica látero-lateral isoperistáltica grampeada intracorpórea e extração do espécime cirúrgico por incisão de Pfannenstiel, com uso da plataforma robótica XI.

Discussão: A via de acesso minimamente invasiva apresenta inúmeros benefícios em relação a abordagem cirúrgica laparotômica e inclusive já está consolidada em diversos protocolos de recuperação pós-operatória acelerada. O advento da cirurgia robótica apresenta inúmeros benefícios em relação a cirurgia convencional laparotômica, embora ainda faltem estudos prospectivos e controlados que demonstrem benefícios a longo prazo em relação a laparoscopia. A realização de anastomose intracorpórea permite a extração do espécime cirúrgico por incisões menores e menos mórbidas, com alguns trabalhos demonstrando menor dor pós-operatória, menor taxa de infecção de sítio cirúrgico e menor incidência de hérnia incisional.

Conclusão: A utilização de plataformas robóticas mais modernas facilita a realização minimamente invasiva da colectomia direita, além de facilitar a realização da anastomose intracorpórea gerando grandes benefícios na recuperação pós-operatória dos pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.355>

VL04

ASPECTOS TÉCNICOS DA RESSECÇÃO DE TUMORES PRÉ-SACRAIS ATRAVÉS DE ABORDAGEM POSTERIOR À KRASKE



Renato Gomes Campanati, Lívia Cardoso Reis, Bernardo Hanan, Kelly Cristine de Lacerda Rodrigues Buzatti, Antonio Lacerda Filho, Rodrigo Gomes da Silva, Magda Maria Profeta da Luz

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

Introdução: O espaço pré-sacral é definido posteriormente pela fáscia de Waldeyer, anteriormente pela fáscia própria do reto e lateralmente pelos limites da parede lateral da pelve, que contém os vasos ilíacos internos e ureteres. Em função da existência de tecidos de diferentes origens embriológicas, múltiplas massas podem se desenvolver nessa topografia, normalmente classificadas como congênitas, inflamatórias, neurogênicas, ósseas ou outras. Em virtude da possibilidade

de degeneração maligna, muitas dessas lesões devem ser tratadas cirurgicamente.

O presente trabalho visa demonstrar um vídeo de ressecção por via posterior de um tumor retrorretal volumoso.

Descrição do caso: Paciente do sexo feminino, 30 anos, com achado de abaulamento na região glútea esquerda e perineal posteriormente ao reto com diagnóstico durante o parto normal. Ao toque retal notava-se grande rechaço do reto anterior e lateralmente a direita. Submetida a propedêutica com ressonância magnética da pelve com achado de lesão cística, multiloculada, em topografia retrorretal, compatível com diagnóstico de tailgut cyst, com extensão cranial até o nível de S2. Apesar da altura da lesão em relação às vértebras sacrais, foi optado pela abordagem cirúrgica por via posterior à Kraske. A paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório.

Discussão: Uma vez que 30 a 40% das lesões pré-sacrais são malignas e as benignas podem sofrer degeneração neoplásica, esses tumores devem ser submetidos a ressecções cirúrgicas. Tradicionalmente, lesões acima do nível de S4 devem incluir uma abordagem cirúrgica abdominal ou combinada abdominoperineal. Entretanto, o emprego da abordagem cirúrgica de Kraske permite exposição adequada para certas lesões císticas que se estendem acima de tal limite, conforme demonstrado no vídeo exposto.

Conclusão: Um adequado planejamento pré-operatório é essencial para a abordagem cirúrgica de tumores retrorretais a fim de se permitir procedimentos com menor morbidade e ressecção completa dessas lesões.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.356>

VL05

ASPECTOS TÉCNICOS DO RETALHO VERTICAL DO MÚSCULO RETO ABDOMINAL MODIFICADO POR VIDEOLAPAROSCOPIA



Renato Gomes Campanati, Gabriel Braz Garcia, Gabriela Maciel Cordeiro, Ana Carolina Parussolo André, Bernardo Hanan, Magda Maria Profeta da Luz, Rodrigo Gomes da Silva

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

Introdução: A introdução da amputação abdominoperineal do reto extraelevadora (AAP-EE) foi proposta para diminuir as taxas de margem circunferencial positiva após a ressecção de neoplasias de reto e canal anal. Em função da maior ressecção perineal e da dificuldade no fechamento primário do defeito, inúmeras técnicas foram propostas para se evitar complicações da ferida operatória desde a colocação de telas até confecção de retalhos musculares ou miocutâneos. A interposição de retalho vertical do músculo reto abdominal modificado se apresenta como boa opção por oferecer tecido sem tensão e livre de irradiação para o fechamento do defeito perineal. O presente trabalho visa demonstrar aspectos técnicos relacionados a liberação do músculo reto abdominal através da videolaparoscopia.

Descrição do caso: Paciente do sexo feminino, 60 anos, diagnosticada com adenocarcinoma de reto distal, cerca de

2 cm da borda anal, com acometimento da musculatura esfíncteriana ao exame físico. Estadiamento clínico com achado de neoplasia ao nível da transição anorretal, com acometimento dos músculos esfíncter externo e interno do ânus e 4 linfonodos mesorretais positivos, sem invasão vascular extramural ou linfonodos pélvicos laterais positivos. Após discussão multidisciplinar, foi submetida a quimioterapia e radioterapia neoadjuvantes, com dose total de 5040cGy.

A paciente foi submetida a AAP-EE videolaparoscópica, com liberação do músculo reto abdominal direito e fixação do mesmo durante o tempo perineal da operação.

Discussão: A reconstrução perineal com uso de retalhos musculares ou miocutâneos apresenta menores taxas de cicatrização retardada e deiscência perineal. O retalho vertical do músculo reto abdominal modificado não inclui a ressecção de ilha de pele, subcutâneo e fásia abdominal anterior, muitas vezes prescindindo de abordagem em conjunto com a cirurgia plástica, uma vez que a anatomia da parede abdominal é mais familiar ao cirurgião colorretal e sem necessidade de incisão ou manipulação de locais distantes do sítio cirúrgico, como ocorrem com outros retalhos como o glúteo, o grácil e o pudendo interno.

Conclusão: O retalho vertical do músculo reto abdominal modificado na reconstrução após AAP-EE é uma alternativa no fechamento perineal e sua liberação através da videolaparoscopia é factível e segura.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.357>

VL06

ASPECTOS TÉCNICOS E REFERÊNCIAS ANATÔMICAS NA EXCIÇÃO TOTAL DO MESORRETO POR VIA ROBÓTICA

Renato Gomes Campanati^{a,b}, Lívia Cardoso Reis^{a,b}, Bernardo Hanan^{a,b}, Kelly Cristine de Lacerda Rodrigues Buzatti^{a,b}, Sergio Eduardo Alonso Araújo^{a,b}, Rodrigo Gomes da Silva^{a,b}

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

^b Rede Mater Dei de Saúde - Mater Dei Contorno, Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: A cirurgia robótica vem ao encontro das proposições atuais da cirurgia, em que se busca realizar procedimentos com reduzido trauma operatório e a rápida recuperação do paciente. Tida como forma de evolução da cirurgia minimamente invasiva, tem como finalidade aumentar a capacidade operatória de realizar determinados movimentos cirúrgicos, permitindo maior precisão e destreza cirúrgica. As vantagens da cirurgia robótica são várias: realização de procedimentos de alta complexidade de modo mais simples, redução no trauma orgânico e tecidual, com diminuição da morbidade e do tempo de recuperação e maior facilidade na execução de determinados procedimentos cirúrgicos. A excisão total do mesorreto consiste na ressecção completa do tecido visceral mesorretal até o nível dos músculos elevadores do ânus. Desde a sua introdução, as taxas de sobrevida e de recidiva pélvica em pacientes submetidos à cirurgia de câncer de reto apresentaram melhora substancial,

tornando esse o tratamento *gold standard* de pacientes com tumores localizados nos terços inferior e médio do reto. O presente caso visa demonstrar os aspectos técnicos e referências anatômicas na excisão total do mesorreto por via robótica.

Descrição do caso: Paciente, sexo masculino, com diagnóstico de adenocarcinoma de reto médio, submetido a quimioterapia e radioterapia neoadjuvantes seguido de ressecção anterior do reto com excisão total do mesorreto robótica com a utilização da plataforma XI.

Discussão: No contexto do manejo minimamente invasivo do câncer de reto, são considerados pontos críticos a preservação esfíncteriana, a morbidade cirúrgica, a radicalidade de ressecção e as taxas de recorrência local e de sobrevida acumulada. A literatura demonstra que resultados equivalentes e até mesmo superiores às técnicas aberta e laparoscópica quanto à morbimortalidade, radicalidade cirúrgica, preservação esfíncteriana e desfechos oncológicos a curto prazo. A eficácia da preservação autônoma durante a operação de proctectomia pode estar otimizada com o emprego do robô.

Conclusão: A excisão total do mesorreto por técnica robótica em pacientes com adenocarcinoma de reto extraperitoneal é uma cirurgia exequível e segura. A utilização da plataforma robótica minimiza as principais dificuldades técnicas da cirurgia videolaparoscópica para o câncer de reto. Ainda faltam estudos prospectivos e controlados para a análise de resultados a longo prazo.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.358>

VL07

CIRURGIA ENDOSCÓPICA TRANSANAL COMO TRATAMENTO DEFINITIVO EM LESÕES NEOPLÁSICAS DE RETO

Rafael Vaz Pandini, Guilherme Cutait de Castro Cotti, Carlos Frederico Sparapan Marques, Ulysses Ribeiro Junior, Caio Sergio Rizkallah Nahas, Sergio Carlos Nahas, Ivan Ceconello

Faculdade de Medicina (FM), Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A cirurgia endoscópica transanal (TEM/TEO) oferece acesso para ressecção de lesões benignas e malignas em estágio inicial localizadas no reto com as vantagens de baixa morbidade.

Descrição do caso: Paciente masculino de 49 anos, com diagnóstico de lesão volumosa e amolecida a 4 cm da borda anal. Submetido em outro serviço à tentativa de ressecção por colonoscopia sem sucesso e por via transanal clássica também sem sucesso. Estadiamento com tomografias, RNM pelve e USG endoanal e colonoscopia com magnificação de imagem sugeriu a presença de lesão precoce, cT1N0. Optado então por abordagem transanal com TEO. Paciente posicionado em decúbito lateral esquerdo, tendo em vista a localização da lesão em parede póstero-lateral esquerda e identificada lesão de 3 cm de extensão à 3,0 cm da borda anal, ocupando 30% da luz do órgão. Delimitado margem de ressecção 1,0 cm além da lesão seguido de ressecção complete com espessura total

