

Conclusão: A proctocolectomia total com reservatório ileal em J por via laparoscópica é factível e apresenta bons resultados.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.370>

VL19

RECONSTRUÇÃO DE TRÂNSITO INTESTINAL VIDEOLAPAROSCÓPICA POR SINGLE-PORT ASSOCIADO A MAPEAMENTO VASCULAR COM VERDE DE INDOCIANINA: RELATO DE CASO

Luis Gustavo Capochin Romagnolo, Felipe Daldegan Diniz, Marcos Vinicius Araujo Denadai, Maximiliano Cadamuro Neto, Carlos Augusto Rodrigues Véo

Hospital do Câncer de Barretos, Barretos, SP, Brasil

Introdução: O uso de verde de indocianina endovenosa como indicador de adequada perfusão sanguínea intraoperatória já é estabelecido, permitindo uma adequada tática cirúrgica em ressecções ou reconstruções do trânsito intestinal.

Relato de caso: F.C.M. 69 anos, sexo masculino, submetido a colectomia total com ileostomia terminal videolaparoscópica por Hemorragia Digestiva Baixa (DDC pancolônica) sem instabilidade hemodinâmica. Após 90 dias submeteu-se a reconstrução de trânsito intestinal (ileorreto anastomose ao nível do promontório sacral) por videolaparoscopia e single port (local da ileostomia). Apresentou boa evolução pós-operatória com alta no 3º dia após a cirurgia.

Discussão: Neste vídeo demonstra-se a aplicabilidade do verde de indocianina na viabilidade vascular de dois segmentos intestinais a serem anastomosados, procurando identificar áreas isquêmicas não visíveis a olho nu que poderiam comprometer a vascularização da anastomose.

Conclusão: O verde de indocianina se mostrou eficaz em reconstrução de trânsito intestinal por videolaparoscopia através de técnica single-port.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.371>

VL20

RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA TRANSANAL DE EXTENSA LESÃO DE CRESCIMENTO LATERAL NO RETO

Michel Gardere Camargo, Lilian Vital Pinheiro, Sandro Nunes Angelo, Raquel Franco Leal, Maria de Lourdes Setsuko Ayrizono, Carlos Augusto Real Martinez, Claudio Saddy Rodrigues Coy

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Relato de caso de paciente do sexo masculino de 73 anos de idade, portador de extensa lesão de crescimento lateral no

reto. Foi realizada ressecção endoscópica transanal com boa evolução peri-operatória.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.372>

VL21 RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA TRANSANAL POR VÍDEO DE TUMOR DE RETO T2

Natalia Sayuri Mukai, Michel Gardere Camargo, Sandro Nunes Angelo, Raquel Franco Leal, Maria de Lourdes Setsuko Ayrizono, Carlos Augusto Real Martinez, Claudio Saddy Rodrigues Coy

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Paciente do sexo feminino, de 74 anos de idade, com antecedente de DPOC grave e de neoplasia avançada de pulmão. Teve diagnóstico de neoplasia de reto T2N0. Devido à falta de condições clínicas para neoadjuvância e ao alto risco para cirurgia radical, optou-se por realizar ressecção local por via transanal por vídeo.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.373>

VL22

RETALHO VERTICAL DO MÚSCULO RETO ABDOMINAL MODIFICADO POR VIA LAPAROTÔMICA: ASPECTOS TÉCNICOS

Renato Gomes Campanati, Gabriel Braz Garcia, Magda Maria Profeta da Luz, Ana Carolina Parussolo André, Bernardo Hanan, Kelly Cristine de Lacerda Rodrigues Buzatti, Rodrigo Gomes da Silva

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

Introdução: A introdução da amputação abdominoperineal extraelevadora do reto (AAP-EE) visa determinar espécimes cirúrgicos com menor incidência de margem circunferencial positiva. Apesar do benefício oncológico e menor incidência de margens acometidas, essa técnica resulta na confecção de maior defeito perineal e, portanto, maior incidência de complicações precoces, como cicatrização retardada, seromas e abscessos, e complicações tardias, especialmente a hérnia perineal.

Dentre várias técnicas propostas para o fechamento do períneo, a interposição de retalhos musculares ou miocutâneos possibilitam o fechamento do defeito perineal sem tensão e com um tecido de boa viabilidade.

Descrição do caso: Paciente do sexo masculino, 54 anos, admitido com quadro de dor anal e lesão vegetante em topografia de borda anal, com lesão tocável até cerca de 5 cm da margem anal. Biópsia compatível com adenocarcinoma e estadiamento local com neoplasia localmente avançada, acometendo complexo esfíncteriano e fossa ísquio-anal, com cerca de 7 linfonodos aumentados em gordura mesorretal. Estadiamento à distância com tomografia computadorizada

sem sinais de implantes secundários. Após discussão multidisciplinar, foi submetido à quimioterapia e radioterapia neoadjuvantes, com dose total de 5040cGy. Em virtude de múltiplas cirurgias abdominais prévias, foi optado pela AAP-EE por via laparotômica, 8 semanas após o término da neoadjuvância. Após o tempo abdominal do procedimento, foi realizada liberação do músculo reto abdominal direito e preparado o retalho, que foi devidamente fixado no defeito pélvico após o tempo de ressecção perineal. Em função da necessidade de ressecção de área circunjacente de pele acometida pela neoplasia foi necessário a realização de retalho de pele da região glútea.

Discussão: O retalho vertical do músculo reto abdominal modificado foi proposto por Singh et al. e se apresenta como ótima alternativa para reconstrução após a AAP-EE. Especialmente em pacientes submetidos a radioterapia pélvica, essa técnica implica na interposição de tecido não irradiado no defeito pélvico. Além disso, a realização de tal retalho pode ser realizado pelo coloproctologista uma vez que envolve a anatomia de uma região mais familiar ao cirurgião colorretal.

Discussão: A interposição do músculo reto abdominal para a reconstrução perineal após AAP-EE é uma ótima alternativa para o fechamento pélvico e diminuição de possíveis complicações locais da ferida operatória.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.374>

VL23

RETOSSIGMOIDECTOMIA COM RESSECÇÃO INTERESFINCTERIANA E ANASTOMOSE COLOANAL RETARDADA TOTALMENTE ROBÓTICA

Armando Geraldo Franchini Melani^{a,b}, Paulo Bertulucci^{a,b}, Luis Gustavo Capochin Romagnolo^{a,b}

^a IRCAD América Latina - Unidade Rio de Janeiro, Américas Medical City, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Hospital do Câncer de Barretos, Barretos, SP, Brasil

Introdução: A importância da radicalidade no tratamento cirúrgico para o câncer de reto vem sendo exaustivamente trabalhada desde a descrição da amputação abomino perineal por Miles e a partir da Excisão total do mesoreto por Heald isso se intensificou ainda mais. Porém com o advento de novas tecnologias e da neoadjuvância, essa radicalidade cirúrgica se transformou em cirurgias mais preservadoras e portanto melhorando a qualidade de vida dos pacientes. Neste vídeo demonstramos a utilização da ferramenta robótica associado a preservação esfinteriana e realização de uma anastomose coloanal retardada assim não necessitando de derivação protetora.

Relato do caso: M.S.C.P., masculino, 54 anos, com queixa de sangramento anal há 6 meses, realizou colonoscopia que identificou uma lesão vegetante à 4 cm da borda anal, realizado biópsia confirmando adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Estadiamento inicial cT3N0M0 indicado tratamento de neoadjuvância. Indicado Retossigmoidectomia Robótica com dissecação interesfincteriana e anastomose coloanal

retardada para evitar derivação intestinal. Realizado o procedimento acima relatado totalmente robótico inclusive a dissecação interesfincteriana.

Discussão: Neste vídeo mostramos a utilização da plataforma robótica vem sendo muito divulgada para o tratamento cirúrgico do câncer de reto, principalmente pela qualidade de imagem, movimentos precisos e identificação de estouras com mais facilidades em pacientes mais obesos, garantindo uma ergonomia ao cirurgião naquelas cirurgias que seriam claramente mais difíceis por laparoscopia ou mesmo por laparotomia. A utilização da plataforma robótica para a realização da dissecação externa interesfincteriana também vem em auxiliar ao extremo com as mesmas vantagens citadas acima. Acrescentando a tudo isso, a realização da anastomose coloanal retardada apresenta-se como uma opção viável em casos selecionados de pacientes para evitar uma derivação e uma nova cirurgia para a reconstrução intestinal no futuro.

Conclusão: O uso da plataforma robótica para o tratamento do câncer de reto distal cada vez mais se afirma como uma boa opção de acesso, porém em casos selecionados a associação com a anastomose coloanal retardada pode mostrar benefícios ainda melhores.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.375>

VL24

RETOSSIGMOIDECTOMIA LAPAROSCOPICA COM ANASTOMOSE COLORRETAL ULTRA BAIXA POR NEOPLASIA DE RETO DISTAL

Danilo Daud, Natalia Barros Pinheiro

Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, SP, Brasil

Em 2009, Ramos et al. mostrou que a ressecção anterior do reto baixa ou ultrabaixa com excisão total do mesoreto e preservação dos nervos pélvicos, seguida de anastomose coloanal com bolsa colônica em J por duplo grampeamento, é vista como “padrão ouro” desse início do milênio para o tratamento do câncer colorretal.

Resumo clínico: Masculino, 80 anos, apresenta há cinco meses sangramento retal cuja colonoscopia evidenciou uma lesão neoplásica a cerca de 6 cm da margem anal. Relata ter sido submetido a prostatectomia robótica por neoplasia de próstata em 2015. O estadiamento foi realizado com tomografia computadorizada de tórax que evidenciou raros micronódulos pulmonares esparsos, um calcificado (sequele) no lobo inferior esquerdo e os demais sem calcificações, inespecíficas, ressonância magnética do abdome e pelve onde observou-se uma formação cística com paredes discretamente espessadas, medindo 4,3 cm, junto aos vasos ilíacos à direita, sugestiva de linfocisto; lesão expansiva polipóide, localizada na parede anterior do reto (11 hr a 1 hr), que dista 5,5 cm da borda anal e a sua margem distal está localizada cerca de 2,0 cm do ânus e tem extensão longitudinal de 4,0 cm e sua margem cranial está localizada abaixo da reflexão peritoneal. A lesão estende-se por 10 mm além da camada muscular (rmT3c), sendo visualizado um linfonodo mesorretal discretamente heterogêneo, suspeito (rmN1). A porção mais infiltrativa da lesão está localizada a 1 hora e tem distância mínima de 2 mm para a fásia mesorretal. A fásia mesorretal

