

## SESSÃO DE VÍDEOS A

22 de novembro 2019 | 08:30-09:30h

Sala C

### V 01

#### ABERTURA IATROGÉNICA DA CAVIDADE PERITONEAL EM RESSECÇÃO DE LESÃO BENIGNA ANTERIOR DO RETO POR TAMIS

Martins, S; Ferreira, L; Teslyak, O; Gameiro, Jarimba, A; J Vilela, N; Sintra, P; Lopes, M.

Hospital de Santarém

**Introdução:** A cirurgia transanal minimamente invasiva, "TAMIS", é ideal para excisão de lesões benignas do reto. Está ainda indicada em lesões T1Sm1 do reto ou em tumores T2 como opção paliativa.

As complicações associadas ao TAMIS são pouco frequentes, mas podem incluir deiscência do encerramento retal, hemorragia e infeção, que geralmente são tratados de forma não cirúrgica. Pode também ocorrer a perfuração iatrogénica do peritoneu durante a excisão, particularmente em lesões anteriores e altas, que pode ser resolvidas por via transanal e sem apoio de laparoscopia ou laparotomia.

**Objetivo:** Mostrar a possibilidade de reparação endoscópica transanal de perfuração iatrogénica do peritoneu durante a cirurgia, sem alteração do procedimento inicial.

**Material e métodos:** Vídeo ilustrativa da intervenção cirúrgica de paciente do sexo feminino, 71 anos, com adenoma viloso com displasia de baixo e alto grau dos 5 aos 12cm da margem anal, que ocupa 1/3 da circunferência da vertente anterior do reto. Do estadiamento inicial: Eco-endoscopia com lesão atingido a muscularis própria; RMN sem gânglios suspeitos no mesorreto.

**Resultados:** Durante a cirurgia houve violação da cavidade peritoneal, que se identificou e reparou de imediato. Procedeu-se a encerramento do defeito com sutura contínua por planos com fio absorvível.

Não houve necessidade de outro tipo de abordagem para resolução da complicação.

Sem morbidade no pós-operatório, alta do internamento ao 5º dia de pós-operatório.

**Discussão/Conclusão:** Apesar de se tratar de uma lesão anterior alta, com maior risco de violação da cavidade peritoneal, a identificação da abertura e a sua reparação imediata não alteraram o procedimento previsto (ressecção por TAMIS).

### V 02

#### MUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA COLO-RECTAL – A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Simões G.; Borges V.; Rocha M.; Santos S.; Gamelas V.; Saraiva R.; Silva MJ; Capela T.; Pinto A.; Coimbra J

Centro Hospitalar Lisboa Central

**Introdução:** A mucosectomia endoscópica (ME) é uma técnica para ressecção de lesões superficiais do tubo digestivo, incluindo lesões malignas precoces, evitando assim cirurgia.

**Objetivos:** Avaliar a eficácia e segurança das ME colo-rectais num hospital terciário.

**Material:** Análise retrospectiva das ME de lesões colo-rectais com base  $\geq 20$ mm realizadas num hospital terciário entre 2013-2016. Analisaram-se as características das lesões, aspectos técnicos do procedimento, taxa de recorrência endoscópica e complicações. Análise estatística com Excel®2010 e STATA®v12.1.

**Resultados:** Analisadas 136 lesões colo-rectais excisadas em 123 doentes, com idade mediana 71 (47;89) anos, 65,0%(n=80) do sexo masculino. As lesões observadas foram definidas com base na classificação de Paris: IIa (50,7%; n=69), Is (36,0%; n=49), IIb (8,8%; n=12) e outras (4,4%;n=6).

As localizações mais frequentes foram recto (36,0%; n=49) e cólon direito (33,8%; n=46). A técnica de ressecção foi piecemeal em 69,1% (n=94) dos casos e em fragmento único (FU) em 30,9% (n=42). O tamanho mediano das lesões foi 25 (20;100)mm: 20mm nas lesões FU vs 30mm nas piecemeal. A elevação ocorreu preferencialmente com glicose hipertónica (73,9%; n=99). Realizada fulguração dos bordos com argon em 38,2% (n=52) dos casos. A histologia correspondeu a displasia de baixo grau em 61,0% (n=83) das lesões, alto grau em 25,0% (n=34) e adenocarcinoma em 14,0% (n=19). Registaram-se 5 casos (3,7%) de perfuração (4 no cólon direito;1 no recto), todos submetidos a cirurgia, e um caso de síndrome pós-polipectomia. Dos doentes com adenocarcinoma, 14 foram operados após histologia (4 sem lesão na peça), 4 obtiveram cura endoscópica e 1 fez radioterapia. A taxa de recorrência endoscópica foi 22,7% (27/119): 2,5% na ressecção em FU vs 32,9% na piecemeal ( $p < 0,001$ ). Dos 27 casos com recorrência endoscópica, 26 foram submetidos a novo tratamento endoscópico. A taxa de sucesso endoscópico global foi 84,6% (115/136). A taxa de sucesso, excluindo os adenocarcinomas, foi 91,5% (107/117).

**Conclusão:** A ME é um procedimento seguro e eficaz na excisão de lesões colo-rectais podendo evitar abordagens mais agressivas como a cirurgia.

### V 03

#### RESSECÇÃO ILEOCECAL LAPAROSCÓPICA POR DOENÇA DE CROHN COM ANASTOMOSE INTRA-CORPÓREA

Ana Ruivo; A. Canaveira Manso; Manuel Rosete; Miguel Fernandes  
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Cirurgia - Unidade Colorectal

A abordagem laparoscópica é o *gold standard* na cirurgia por doença de Crohn. Devido ao intenso processo inflamatório nesta patologia, a realização de anastomoses intracorpóreas mesmo nas ressecções ileocecais apresenta dificuldades e riscos acrescidos, nomeadamente dificuldades na hemostase do meso. As anastomoses intra-corpóreas têm claras vantagens face às extracorpóreas e permitem uma incisão supra-púbica para extração de peças muitas vezes volumosas, para além do benefício estético que é importante neste tipo de doentes.

Num doente de 62 anos com uma apresentação inicial de doença de Crohn ileocecal estenosante com quadros suboclusivos, foi decidida em reunião multidisciplinar uma abordagem cirúrgica primária. Realizou-se uma ressecção ileocecal laparoscópica com anastomose intra-corpórea. A cirurgia decorreu sem intercorrências, com alta ao 3º dia pós-operatório.

### V 04

#### HEMICOLECTOMIA DIREITA LAPAROSCÓPICA COM EXCIÇÃO COMPLETA DO MESOCÓLON: ABORDAGEM ESTANDARIZADA COM O CONCEITO DE CRITICAL VIEW

Mariana Peyroteo; Rita Canotilho; Margarida Correia; Catarina Baía; Pedro Martins; Luís Lencastre; José Flávio Videira; Abreu de Sousa

Instituto Português de Oncologia do Porto

**Introdução:** A excisão completa do mesocólon (CME) tem sido associada a maior número de gânglios linfáticos ressecados e a diminuição das taxas de recidiva. No entanto, a técnica acrescenta complexidade à cirurgia e acarreta um risco de complicações potencialmente graves. Assim sendo, uma abordagem estandarizada torna-se particularmente importante.

**Objetivos:** O objetivo foi demonstrar a técnica de hemicolectomia direita laparoscópica com CME, através da

abordagem com o conceito de *critical view*.

**Métodos:** Após inclusão no curso de hemicolectomia direita laparoscópica com CME da Sociedade Europeia de Coloproctologia, foi realizada a técnica através do conceito de *critical view*, descrito por Stefan Benz.

**Resultados:** Um homem de 74 anos, sem antecedentes de relevo, realizou uma colonoscopia no contexto de alterações do trânsito intestinal, que revelou uma neoplasia no cólon ascendente, cuja biópsia foi compatível com adenocarcinoma. A tomografia computadorizada de estadiamento não revelou metastização à distância, revelando apenas uma adenopatia na raiz do meso do cego, sendo o doente proposto para hemicolectomia direita laparoscópica. A primeira *critical view* – *uncinatus first* consistiu na mobilização do mesocólon ascendente e do mesentério, com identificação do duodeno e processo unciforme do pâncreas. De seguida, foi identificada a confluência da veia ileocólica com a veia mesentérica superior (*critical view 2 – V-view*), com disseção da face anterior da mesma e disseção posterior até ao encontro com o plano de disseção prévio. As *critical view 3* e *4* consistiram na disseção circunferencial da veia e artéria ileocólicas respetivamente. Seguidamente foi realizada a abertura do ligamento gastro-cólico com acesso à retrocavidade dos epiplons (*critical view 5*), sendo a disseção continuada até identificação das veias do tronco de henle e identificação do duodeno (*critical view 6*). A *critical view 7* consistiu no isolamento na origem do ramo direito da artéria cólica média, com a última *critical view* (8) correspondendo à laqueação dos vasos cólicos do tronco de henle.

**Conclusão:** A hemicolectomia direita laparoscópica com CME é uma técnica desafiante, de complexidade elevada, que exige uma estandarização, no sentido de obter melhores resultados, sem morbilidade adicional.

### V 05

#### ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA DA RECIDIVA – PÓS-SIGMOIDECTOMIA LAPAROTÓMICA POR ADENOCARCINOMA

Tatiana Revez; Ruben Martins; Pedro Henriques; Rute Pereira; Paulo Cardoso; Ricardo Ribeiro; Lina Leote; Martins dos Santos  
Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Hospital de Faro

**Introdução:** A laparoscopia oferece inúmeras vantagens no tratamento da neoplasia do cólon e actualmente já é considerada por uma parte da comunidade cirúrgica como o tratamento padrão.

Contudo, em doentes previamente submetidos a laparotomia, ainda se levantam algumas questões em relação à exequibilidade desta abordagem e aos seus benefícios para o doente.

**Objetivo:** Doente 76 anos, sexo masculino com antecedentes de sigmoidectomia por via laparotómica há 4 anos: adenocarcinoma do cólon sigmóide (pT3N0M0). A TC de controlo ao primeiro ano revelou imagem nodular justa-anastomótica (densidade de tecidos moles) medindo 1,5 cm, a PET corroborou a suspeita de malignidade. Foi proposto em reunião multidisciplinar para laparoscopia exploradora com excisão do nódulo. A anatomia patológica identificou fragmento de tecido adiposo com esteatonecrose, sem neoplasia maligna e o doente manteve-se em vigilância. Durante o seguimento, nova re-avaliação por TC revelou a presença de lesão semelhante justa-anastomótica e estudo complementar por PET-TC identificou 2 lesões adicionais (1 anterior ao fígado e outra na parede abdominal anterior - quadrante inferior direito) também sugestivas de malignidade.

**Material e métodos:** O doente foi proposto para cirurgia: laparoscopia exploradora com eventual ressecção da anastomose e excisão de implantes peritoneais (vídeo).

**Resultados:** Intra-operatoriamente foi identificada lesão do peritoneu parietal na FID e massa volumosa e pética, pouco móvel, na dependência da anastomose cólica. Não se identificaram lesões hepáticas ou na parede abdominal peri-hepática. Realizada ressecção da anastomose prévia e excisão de lesão do peritoneu parietal por laparoscopia; mini-laparotomia mediana sobre incisão anterior (prolongamento da incisão da porta umbilical) para remoção da peça operatória. A pesquisa digital do fígado e parede abdominal não identificou a lesão descrita em PET-CT, mas permitiu a identificação de uma lesão, com dimensões semelhantes à identificada no exame, na dependência do epíploon. Procedeu-se a ressecção da lesão (epiplectomia parcial).

**Discussão/Conclusão:** A laparoscopia é uma via de abordagem viável na recidiva da neoplasia do cólon, em casos seleccionados. A cirurgia prévia por via laparotómica não deve ser considerada uma contra-indicação absoluta para a laparoscopia, privando os doentes dos seus benefícios.

## V 06

### ABCESSO RECIDIVANTE DA PAREDE ABDOMINAL – APRESENTAÇÃO RARA DE PATOLOGIA FREQUENTE

Tatiana Revez; Ruben Martins; Henrique Morais; Rute Pereira; Paulo Cardoso; Ricardo Ribeiro; Lina Leote; Martins dos Santos  
Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Hospital de Faro

**Introdução:** O abcesso da parede abdominal é uma situação clínica comum. Geralmente secundário a uma infecção ou à presença de uma solução de continuidade da pele, traumática ou cirúrgica.

Contudo, a etiologia desta patologia nem sempre é clara.

**Objetivo:** Doente de 60 anos, sexo feminino que se apresenta no serviço de urgência febril, com uma tumefacção a nível da parede abdominal anterior; no flanco, fossa ilíaca e região inguinal direitas, com sinais inflamatórios e flutuação. A doente refere 2 semanas de evolução. Sem antecedentes de relevo, nega cirurgias anteriores e história de traumatismo.

**Material e métodos:** Analiticamente apresentava leucocitose com neutrofilia e PCR 179 mg/L. Realizou TC abdominal e pélvica que revelou uma colecção líquida medindo 81x81x112mm, com sinais radiológicos de infecção, em íntima relação com o cego e a última ansa ileal. Foi realizada uma drenagem percutânea do abcesso e montado sistema de lavagem. A doente ficou sob antibioterapia e o exsudado purulento revelou uma *Escherichia coli* multissensível. A TC de re-avaliação mostrou regressão quase completa da colecção. Teve alta ao 17º dia.

**Resultados:** Foi avaliada em consulta externa sem evidência clínica de recidiva; requisitada TC abdominal e pélvica (contraste oral e endovenoso) que não mostrou alterações de relevo e colonoscopia objectivando doença diverticular não complicada.

No decurso do estudo etiológico, a doente apresentou 2 recidivas do abcesso a nível da parede abdominal (sem componente intra-abdominal) com necessidade de internamento, tendo realizado fistulografia que não demonstrou contacto do abcesso com a cavidade abdominal ou víscera oca.

A doente foi proposta para laparoscopia exploradora. Intra-operatoriamente foi identificado processo inflamatório que envolvia o epíploon e o apêndice ileo-cecal, que se encontravam intimamente aderente ao peritoneu parietal (FID) e em continuidade com a loca abcedada da parede. Procedeu-se a apendicectomia por via laparoscópica.

**Discussão/Conclusão:** Este caso é ilustrativo de uma

etiologia rara de abscesso da parede abdominal. O cirurgião deve ser perseverante na sua investigação etiológica, sendo que a laparoscopia constitui uma ferramenta valiosa quer para o estabelecimento de um diagnóstico, quer para a terapêutica definitiva.

## SESSÃO DE VÍDEOS B

22 de novembro 2019 | 08:30-09:30h

Sala Plenária

### V 07

#### TRATAMENTO DE ABCESSO PÓS ANAL PROFUNDO POR ABORDAGEM INTERESFINCTERIANAL

Eduarda Gonçalves; Ana Sofia Cavadas; Carlos Costa Pereira; Olga Oliveira; Joaquim Costa Pereira

Hospital de Braga

**Introdução:** O espaço pós-anal profundo é um espaço virtual compreendido entre o canal anal, o ligamento anococcígeo e o elevador do ânus. Estes abscessos estão invariavelmente associados a uma fístula trans-esfincteriana alta posterior. A resolução do abscesso sem tratamento da fístula está associada a recorrência. O tratamento da fístula pode ser efectuado de forma simultânea ou diferida.

**Objetivo:** Apresentação de uma caso de abscesso pós-anal profundo tratado com drenagem e laqueação do trajecto fistuloso no espaço interesfincteriano (LIFT).

**Material e métodos:** Doente de 70 anos com dor anal e história prévia de drenagem de abscesso perianal há cerca de um ano. Sem alterações externas perianais. Realizado TC pélvico revelou abscesso no espaço pós-anal profundo sem extensão às fossas isquioanais. Proposto tratamento cirúrgico.

Posicionamento em *prone jack-knife*. Abordagem do espaço interesfincteriano com isolamento do trajecto fistuloso e sua laqueação. Abordagem posterior ao esfíncter anal externo com transsecção do ligamento anococcígeo e drenagem e curetagem do abscesso.

**Resultados:** Sem complicações pós-operatórias. Alta para o domicílio ao segundo dia pós-operatório.

**Conclusão:** A abordagem interesfincteriana dos abscesso pós-anais profundos permite o tratamento simultâneo da sépsis perianal e da fístula preservando a integridade esfinteriana e abolindo o risco de incontinência.

### V 08

#### DISSEÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA DE LEIOMIOMA DO RECTO POR TÉCNICA DE TUNELIZAÇÃO

Flor de Lima M; Nunes N; Chálim Rebelo C; Moura DB; Costa Santos V; Rego AC; Pereira JR; Paz N; Duarte MA

Serviço de Gastreenterologia do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE

A disseção endoscópica da submucosa (DSM) possibilita a excisão em bloco de lesões de variadas dimensões e padrões de crescimento, permitindo maior taxa de margens livres e menor recorrência local. Nas lesões subepiteliais do recto, a técnica de tunelização endoscópica permite uma ressecção em bloco eficaz, com reduzida taxa de complicações. O leiomioma do recto é uma lesão rara, geralmente assintomática. Apesar de benigna, esta lesão deverá ser excisada se sintomática ou pelo potencial de transformação maligna.

Doente do sexo masculino, 45 anos, realizou colonoscopia total por história de dor abdominal e hematoquécia de sangue vivo. Na colonoscopia foi identificada lesão subepitelial no recto, de 10 mm. A ecoendoscopia evidenciou lesão hipoecogénica homogénea da segunda camada, com maiores diâmetros de 9,1 por 10,8 mm, de limites bem definidos, sem adenomegalias peri-lesionais ou lesões quísticas intra-lesionais, compatível com leiomioma. Efetuada disseção endoscópica da submucosa por tunelização, utilizando-se fonte de eletrocirurgia ErbeVIO3®. Procedeu-se à injeção de solução de glicerol com índigo de carmim e adrenalina, seguindo-se da incisão da mucosa com Hybrid-Knife® tipo T, utilizando-se corrente *dry-cut* efeito 4. Efetuou-se disseção da submucosa por tunelização com recurso à Hybrid-Knife® tipo T, tendo sido utilizada corrente *swift coagulation* efeito 3,5, com excisão total em bloco do fragmento no final do procedimento. Procedeu-se ao encerramento completo tipo *zipper* da escara com *clips*. O procedimento teve a duração de 77 minutos. A avaliação anatomopatológica da peça confirmou a presença de leiomioma.

Reportamos um caso de disseção endoscópica da submucosa por tunelização efetuado com sucesso e sem complicações associadas.

## V 09

### PERFURAÇÃO RECTAL APÓS ADMINISTRAÇÃO DE ENEMA – ENCERRAMENTO ENDOSCÓPICO COM APLICAÇÃO DE *ENDOLOOP*

Francisco Pires; Ana Carvalho; Sofia Ventura; Ricardo Araújo; António Castanheira; Juliana Pinho; Diana Martins; Paula Sousa; Ricardo Cardoso; Eugénia Cancela; Paula Ministro; Américo Silva  
*Centro Hospitalar Tondela-Viseu*

Os enemas de limpeza são frequentemente utilizados na obstipação aguda e crónica, sobretudo na população idosa. A perfuração rectal secundária à sua utilização apenas é reportada ocasionalmente na literatura. Os autores reportam o caso clínico de uma doente de 75 anos, com antecedente pessoal de mastectomia direita total por carcinoma da mama sob quimioterapia e corticoterapia, que recorreu ao serviço de urgência por quadro de obstipação com cerca de 4 dias de evolução. Toque rectal com fezes castanhas na ampola rectal e analiticamente com ligeira trombocitopenia, sem outras alterações. Aplicado enema de limpeza. Início imediato de rectorragias. Realizada rectossigmoidoscopia onde se evidenciou solução de continuidade com cerca de 4 mm aos cerca de 8 cm da margem anal, em provável relação com traumatismo provocado por sonda de enema. Solicitada tomografia computadorizada pélvica que demonstrou a presença de bolha de gás extraluminal peri-centimétrica imediatamente adjacente à parede rectal e a cerca de 75 mm da margem anal, sem evidência de colecções abcedadas adjacentes ou líquido peritoneal livre. Procedeu-se ao encerramento endoscópico do orifício rectal através da aplicação de *endoloop* e de 4 *clips* (técnica de “tulipa”) que decorreu sem intercorrências. Foi utilizado um endoscópio alto com 1 canal de trabalho. A doente foi admitida em internamento sob antibioterapia de largo espectro tendo tido alta assintomática 8 dias após a admissão. Controlo endoscópico 3 semanas após a data da alta com encerramento completo da solução de continuidade. O encerramento endoscópico de perfurações iatrogénicas do recto pode diminuir o tempo de internamento e previne a realização de cirurgia e seus riscos associados. Os autores descrevem este caso pela eficácia terapêutica, salientando a iconografia recolhida em vídeo.

## V 10

### HEMICOLECTOMIA ESQUERDA LAPAROSCÓPICA COM ANASTOMOSE MANUAL INTRA-CORPÓREA

Rodrigo Nemésio, A. Canaveira Manso, Manuel Rosete, Miguel Fernandes

*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Cirurgia Geral - Unidade Colorectal*

A melhor abordagem cirúrgica para os tumores do ângulo esplénico do colon não está bem definida. O terço distal do transversos tem uma origem no intestino posterior e o ângulo esplénico tem uma drenagem linfática dupla; proximal retropancreática e distal pelo pedículo da artéria mesentérica inferior (AMI). Nakagoe *et al.* mostraram que a maioria dos gânglios positivos têm um envolvimento distal até à origem da artéria cólica esquerda. Só numa pequena percentagem de casos é que existem gânglios positivos na artéria cólica média e no seu ramo esquerdo (0 e 4.2% respetivamente). Uma colectomia segmentar esquerda é uma opção válida para tumores do ângulo esplénico e transversos distal, porque permite uma boa ressecção oncológica, com ligação vascular na raiz dos vasos, dissecção nos planos embriológicos e boas margens de ressecção. A preservação da veia mesentérica inferior (VMI) poderá evitar uma deficiente drenagem venosa do colon sigmoide que pode estar associada a maior risco de fistula anastomótica, sem comprometer a excisão completa do mesocólon. Este vídeo mostra uma hemicolectomia esquerda laparoscópica com anastomose manual intra-corpórea e preservação da VMI por um tumor do colon transversos distal.

## V 11

### COLECTOMIA DO SIGMOIDE COM EXTRAÇÃO DE PEÇA POR VIA TRANSRECTAL

Alexandra Babo\*; Eduarda Gonçalves\*; Fernanda Neves\*; Renan Teixeira<sup>5</sup>; Olga Oliveira\*; Carlos Costa Pereira\*; Fernanda Nogueira\*; Sandra Martins\*; Nuno Vilela\*; Joaquim Costa Pereira\*

*\*Hospital de Braga, Portugal; <sup>5</sup>Hospital de Santa Teresa Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil; <sup>5</sup>Hospital São Jorge, Barretos, São Paulo, Brasil*

**Introdução:** A colectomia com extração da peça por via transrectal (NOSE – *natural orifice specimen extration*) constitui uma técnica segura e minimamente invasiva, obtendo resultados semelhantes à colectomia laparoscópica, mas com menor dor no pós-operatório e menor tempo de internamento. O esforço na formação técnica dos internos de Cirurgia Geral leva a que semanalmente seja atribuída uma sala operatória exclusiva para formação

em cirurgia minimamente invasiva. Apresentamos o vídeo de uma colectomia NOSE do cólon sigmoide realizada por uma interna de formação específica de cirurgia geral.

**Material e métodos:** Apresentamos o caso de um doente de 42 anos, sexo masculino, com 2 episódios de quadro oclusivo por vólculo do sigmóide em julho e agosto de 2019, proposto para colectomia do sigmóide com extração de peça por orifício natural.

O doente tem como antecedentes HTA, Etilismo crónico com episódios de *delirium tremens* (em abstinência desde junho/2019), epilepsia secundária a TCE grave em 1998, osteomielite do ombro e PTJ esquerda. IMC 25.9. ECOG 0. O doente foi submetido a colectomia do sigmóide com seção do mesocólon apoiada pela Introdução de uma sonda de Pezzer transanal para descompressão e retinização do cólon sigmoide redundante. A cirurgia foi realizada com quatro portas (umbilical para a câmara, quadrante inferior direito, quadrante superior direito e transição dos quadrantes esquerdos). A peça foi extraída por via transrectal e foi realizada uma anastomose colo-rectal lateroterminal intracorporal com máquina de sutura automática circular 29mm.

**Resultado:** A duração da cirurgia foi de 2h18 minutos e as perdas hemáticas foram estimadas em 200cc, decorreu sem intercorrências e o doente teve um pós-operatório sem complicações, tendo alta ao terceiro dia de pós operatório. O uso da técnica NOSE com confecção da anastomose totalmente intracorporal permite uma rápida recuperação em pós-operatório levando a uma diminuição da taxa de complicações e do tempo de internamento.

## V 12

### VERDE DE INDOCIANINA NA CONFECÇÃO DE ANASTOMOSE COLO-ANAL DIFERIDA (PULL-THROUGH)

Guilherme Fialho; Marta Reia; Hugo Capote; Eduardo Soeiro; Ilda Barbosa

Hospital Doutor José Maria Grande, Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

**Introdução:** O corante verde de indocianina aplicado à cirurgia colorectal tem demonstrado múltiplas aplicações, com aumento de novas indicações a surgirem descritas na literatura. Descreve-se a sua utilização no mapeamento ganglionar loco-regional, definição da perfusão das áreas anastomóticas (menor probabilidade de deiscência), com melhoria dos resultados das cirurgias oncológicas.

**Objetivo:** Descrição de método alternativo à utilização

do corante verde de indocianina para atestar a vascularização do cólon na realização de anastomose colo-rectais e colo-anais baixas.

**Material e método:** Descrição de caso clínico – Utilização de verde de indocianina e sua detecção por sonda *Photodynamic Eye* (PDE), na avaliação da viabilidade do retalho cólico após ressecção anterior do recto com anastomose colo-anal diferida (*pull-through*).

**Resultados:** Descreve-se caso clínico de doente do sexo feminino, 56 anos, com ADC do recto médio (dos 5-9cm da margem anal), T3N1M0, submetida a QTRT neoadjuvante, seguida de cirurgia: ressecção anterior baixa do recto laparoscópica, com *pull-through*.

Após 6 dias, com boa viabilidade aparente do retalho cólico, foi reoperada para confecção de anastomose colo-anal. Para atestar a vascularização do retalho cólico, foi administrado verde de indocianina por via endovenosa, 15mg (3mL, diluição 25mg/5mL), e utilizada sonda PDE para detecção da fluorescência, sonda essa usada no Serviço na detecção de gânglios sentinela, na cirurgia oncológica da mama.

Após 20s da administração do corante, assistiu-se à marcação fluorescente do retalho cólico, na sua quase totalidade, à excepção da sua porção terminal e alguns apêndices epiplóicos. Foi realizada a ressecção destas porções, e realizada anastomose colo-anal manual.

O pós-operatório decorreu favoravelmente, sem complicações, com alta 6 dias após a cirurgia de reconstrução do trânsito.

**Discussão e conclusão:** É bem conhecido o valor da utilização do verde de indocianina na cirurgia colorectal para a definição da vascularização das áreas a utilizar para a confecção de anastomoses. Sendo uma técnica simples e de rápida execução, pode levar à alteração do local de anastomose em 4-19% dos casos.

O interesse na publicação deste caso é a demonstração da rentabilização de um aparelho de detecção de fluorescência, de que alguns serviços já dispõem, como adjuvante à realização de anastomoses extra-corpóreas, sem a necessidade de investimento em módulos laparoscópicos de detecção de fluorescência.