

VÍDEOS

25 de novembro, 08:30-09:30h,
Sala Castelo I

V 01

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA POR VARIZES ECTÓPICAS — UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Vera Lopes Anapaz; Joana Branco; Gonçalo Alexandrino; Luis Lourenço; Ana Maria Oliveira; Liliana Santos; Jorge Reis

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino, com 75 anos, antecedentes de cirrose hepática alcoólica Child Pugh A, com um episódio previo de hemorragia digestiva alta por rotura de varizes esofágicas (completou programa de laqueação para profilaxia secundária). Por adenocarcinoma do reto diagnosticado em maio/2017 foi submetido a cirurgia de Hartmann, com alta a aguardar cirurgia para restabelecimento do trânsito. Foi internado 1 mês depois por hemorragia digestiva baixa pelo ânus, com queda de hemoglobina até aos 8g/dL. Na retossigmoidoscopia, a 15 cm da margem anal, na área da anastomose cirúrgica, objectivou-se mucosa de aspeto irregular que se biopsou, observando-se hemorragia de baixo débito controlada com aplicação de clip hemostático(CH). As biopsias não apresentavam displasia. O doente evoluiu favoravelmente tendo tido alta. Foi readmitido 10 dias depois por hematoquezias de sangue vivo e instabilidade hemodinâmica. Analiticamente apresentava 5g/dL de hemoglobina. Após fluidoterapia e transfusão de hemoderivados realizou retossigmoidoscopia. Observou-se em todo o trajeto sangue vivo em abundante quantidade e aos 15 cm identificou-se área da mucosa com hemorragia ativa, controlada com CH. Realizou angiografia por TAC que descreveu varizes peri estoma. Assim decidiu-se realizar terapêutica com injeção de cianoacrilato, sob apoio fluoroscópico. O procedimento decorreu sem complicações imediatas ou recidiva da hemorragia no período pós procedimento.

O caso clínico faz-se acompanhar por iconografia adequada.

A hemorragia por varizes peri-estoma é uma complicação rara da hipertensão portal (entre 2-5%), que geralmente ocorre de forma recorrente e pode mesmo ser fatal. Não existem até ao momento orientações terapêuticas standardizadas.

V 02

TRATAMENTO DE DIVERTICULITE AGUDA HINCHEY III — MUDANÇA DE PARADIGMA

A.M. Correia; M.L. Matos; J. Magalhães; I. Bessa; J. Costa; A.C. Soares; M.R. Sousa; J. Costa Pereira; G. Gonçalves; M. Nora

Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

O tratamento cirúrgico da diverticulite aguda complicada encontra-se em mudança. Se historicamente eram preferidas abordagens mais agressivas, como o procedimento tipo Hartmann, actualmente a literatura realça a lavagem e drenagem laparoscópica com posterior ressecção electiva. Esta abordagem mais conservadora não demonstra alterações na mortalidade e morbidade. Apresentamos um vídeo de laparoscopia exploradora com lavagem e drenagem da cavidade abdominal e lise de aderências em contexto de urgência por diverticulite aguda Hinchey III. Trata-se de uma mulher de 32 anos de idade, fumadora, obesa (IMC de 31,2) que recorre ao SU por dor abdominal generalizada com 3 dias de evolução associada a disúria, polaquiúria e febre. À admissão apresentava sinais de irritação peritoneal e um estudo analítico com leucocitose, neutrofilia e PCR de 344,3. A TC abdomino-pélvica revelou pneumoperitoneu por provável diverticulite perfurada. Procedimento: Colocação de 3 trocares — Umbilical 12 mm, com confecção de pneumoperitoneu a 12 mmHg, Hipocôndrio direito 5 mm, FID 10 mm. Constatou-se processo inflamatório de sigmoide distal com várias ansas de delgado aderentes bem como anexo esquerdo e líquido purulento na cavidade pélvica (colhido para bacteriológico, isolando-se *Escherichia coli*, *Streptococcus anginosus*, *Bacteroides uniformis*). Procedeu-se a lise de aderências. Identificação de fleimão de sigmoide distal, sem ser objectivada perfuração. Sem conspurcação fecaloide. Lavagem abundante da cavidade abdominal. Colocação de dreno multitubular na FID orientado à cavidade pélvica. O pós-operatório decorreu sem intercorrências e a doente teve alta ao 6º dia.

V 03

TAMIS E USE RECTAL EM SINERGIA NA RESOLUÇÃO DE UM TUMOR PARA-RECTAL

Maria Sousa; José Pedro Pinto; João Soares; Charlene Viana; André Goulart; Fernanda Nogueira; Pedro Leão

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Objetivos: Os tumores para-rectais são entidades raras na pratica clínica. Há estudos que apontam incidencias tão baixas como 1/40000 em centros de referência internacionais. As massas pararectais têm uma etiologia muito diversificada, e têm indicação quando são sintomáticos e quando existem duvidas quanto a sua benignidade. A ultrassonografia endoscopica (USE) por via rectal, muito importante e rotineiramente utilizada no estadiamento local de varios carcinomas do tracto gas-

trintestinal, é poucas vezes utilizada em simultâneo com a cirurgia minimamente invasiva. Assim, os autores pretendem com o presente trabalho demonstrar a possibilidade e os benefícios de associar uma abordagem por TAMIS (transanal minimally invasive surgery) à USE rectal concomitante, na resolução minimamente invasiva de tumores peri-rectais. Métodos: dados clínicos colhidos a partir de registos computadorizados do processo do paciente e registo vídeo e fotográfico da cirurgia. Revisão da literatura sobre o tema, via Pubmed.

Resultados: Paciente do sexo feminino, 70 anos, sem antecedentes de relevo. Orientada para consulta de Cirurgia do nosso hospital, por uma lesão expansiva nos planos adiposos peri e retro-rectais em topografia mediana e para mediana esquerda. Tratava-se de uma lesão multi-cística septada com 5cm de maior diâmetro, localizada entre os 5 e os 9cm da margem anal. Após caracterização da mesma por ressonância magnética nuclear, foi submetida a excisão da lesão pararectal, de forma minimamente invasiva, por TAMIS. O procedimento foi efectuado em colaboração com a Gastrenterologia, realizando a USE rectal no intra-operatório, de forma a localizar e definir melhor os limites da lesão. A cirurgia decorreu sem intercorrências e a doente teve alta no primeiro dia pós operatório. O exame histológico da lesão veio a revelar tratar-se de um cisto de duplicação, tipo *tailgut*. A doente foi reavaliada em consulta externa 4 meses após a cirurgia, sem registo de qualquer complicação.

Conclusões: O tratamento cirúrgico bem sucedido deste caso, segundo os autores, permite comprovar a segurança e eficácia deste procedimento multidisciplinar minimamente invasivo na abordagem dos tumores para-rectais. Claramente esta abordagem apresenta vantagens inequívocas em comparação com a abordagem clássica, sobretudo na diminuição indiscutível da morbi-mortalidade de uma cirurgia laparotómica por via anterior.

V 04

EXCIÇÃO TOTAL DO MESORRECTO POR VIA TRANSANAL COM A REGRA DOS TRIÂNGULOS: UM ROTEIRO PARA PREVENIR LESÕES

Patrícia Araújo Silva; André Goulart; Maria Sousa; Hugo Rios; Pedro Leão

Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Braga

A excisão total do mesorrecto por via transanal (TaTME) apresenta-se como uma nova e promissora técnica cirúrgica para a abordagem ao recto distal, oferecendo a capacidade de executar uma ressecção de elevada qualidade com vantagens técnicas sobre a abordagem laparoscópica.

Este vídeo descreve a abordagem TaTME organizada em quatro triângulos virtuais (anterior, posterior e dois laterais) conectados no centro da visão do reto circular, de direcção caudal a cefálica, alertando para as principais

estruturas anatómicas que passam em cada triângulo, de modo a evitar lesões aos órgãos adjacentes. Relatamos o caso de uma mulher de 47 anos com retorragias cujo estudo realizado revelou uma lesão a três centímetros da margem anal, T2/T3a, e uma lesão a quinze centímetros da margem anal, T2N0, sem evidência de metástases à distância. Após consulta de oncologia multidisciplinar, a doente foi submetida a quimioterapia e radioterapia, seguida de cirurgia. O tempo de cirurgia foi de duzentos e sessenta minutos e a perda de sangue foi estimada em vinte mililitros. O pós-operatório decorreu sem complicações e a doente teve alta ao oitavo dia sem queixas.

A lesão foi histologicamente classificada como adenocarcinoma bem diferenciado do recto e estadeada como ypT2G1N0R0 (0/16 nódulos linfáticos). O mesorrecto apresentava-se intacto e com superfície lisa. A margem proximal media onze vírgula cinco centímetros, a margem distal três vírgula cinco centímetros e a margem circunferencial um vírgula cinco centímetros.

V 05

RECIDIVA DE CANCRO DO RECTO: EXENTERAÇÃO PÉLVICA COM SACRECTOMIA DISTAL

Julio S Leite; António Manso; Manuel Rosete; Sheila Martins

Serviço de Cirurgia A CHUC – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Introdução: Nos casos de recidiva após cirurgia no cancro do recto a exenteração pélvica tem permitido controlar a doença com bons resultados à distância.

Métodos: Um doente de 72 anos apresentava recidiva local de cancro do recto com invasão do sacro distal. Tinha efectuado 16 meses antes ressecção anterior do recto após radioterapia longa. No vídeo mostra-se a técnica cirúrgica da abordagem perineal em decúbito ventral para a realização da sacrectomia distal. O cólon foi previamente mobilizado com o doente em litotomia, identificou-se o nível para a sacrectomia com fio de Kirschner e realizou-se a colostomia terminal. A incisão perineal perianal prolongou-se na linha média sobre o sacro para além da marca do fio de Kirschner e o sacro foi separado dos músculos glúteos. A secção do sacro foi efectuada com osteótomo na transição S3/S4 e completou-se a separação do sacro após secção bilateral dos ligamentos sacroespinhosos, ficando assim apenas fixo à massa tumoral. Após extração perineal do cólon procedeu-se à dissecação da massa em relação à próstata e à retirada em bloco da peça. A ferida perineal foi encerrada sem retalhos e utilizou-se um penso cirúrgico com pressão negativa permanente.

Resultados: O doente teve alta ao 9º dia e a anatomia patológica revelou pT3N0, R0.

Discussão: O presente caso demonstra a vantagem da ressecção R0 nos casos de neoplasia rectal com invasão do sacro, através da sacrectomia em posição ventral.

V 06

ENUCLEAÇÃO DE LIPOMA GIGANTE DO RETO POR DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA

João Fernandes^{1,2}; Diogo Libânio^{1,3}; Sílvia Giestas¹; Tarcísio Araújo¹; David Martínez-Ares¹; Manuela Certo⁴; Luís Lopes^{1,5,6}

¹Serviço de Gastreenterologia, Hospital de Santa Luzia, ULS Alto Minho, Viana do Castelo; ²Serviço de Gastreenterologia, Hospital Pêro da Covilhã, Centro Hospitalar da Cova da Beira; ³Serviço de Gastreenterologia, Instituto Português de Oncologia do Porto; ⁴Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar do Porto;

⁵Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), School of Medicine, University of Minho, Braga, Portugal ⁶ICVS/3B's - PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães, Portugal

Os autores apresentam o caso de uma senhora com 65 anos referenciada à consulta de Gastreenterologia por prolapso retal sintomático. Na colonoscopia observou-se uma lesão sub-epitelial de grandes dimensões no reto distal. Foi efetuada ecoendoscopia com sonda retal rígida (7,5-10 MHz) que mostrou a existência de uma lesão hiperecogénica, homogénea, na submucosa, compatível com lipoma. A doente foi proposta para tratamento endoscópico. Procedeu-se a uma enucleação da lesão por dissecção endoscópica da submucosa (ESD). A incisão da mucosa e dissecção da submucosa foi efetuada sob CO₂, com uma

IT-Knife 2 (Olympus®). Durante a enucleação do lipoma foi necessário identificar e laquear o pedículo vascular. O lipoma removido tinha 60x45 mm tendo sido difícil a sua remoção para fora do tubo digestivo, após completamente enucleado, dado as dimensões. A doente encontra-se assintomática (18 meses após a ESD).

Os lipomas gastrointestinais são tumores benignos, de crescimento lento, localizados habitualmente no colon direito. Geralmente são diagnosticados acidentalmente durante uma colonoscopia, não necessitando de qualquer abordagem terapêutica por serem assintomáticos e indolentes. Dependendo da localização e do tamanho dos lipomas, existem alguns doentes (raros) que podem apresentar queixas, sobretudo quando os lipomas são maiores que 20 mm. Quando sintomáticos estes podem causar dor abdominal, hemorragia, invaginação e até prolapso retal.

De acordo com a revisão realizada, este caso clínico, documentado iconograficamente, apresenta o único lipoma retal sintomático tratado por ESD. Aliás, não encontramos na literatura nenhuma descrição de um doente com um lipoma retal prolapsado com as dimensões observadas no caso que reportamos.