

## VÍDEOS

25 de novembro, 11:45-12:45h,  
Sala 2 (Zêzere)

### V 01

#### TRATAMENTO DA DOENÇA HEMORROIDÁRIA SINTOMÁTICA COM APLICAÇÃO DE LASER INTRA-HEMORROIDÁRIO EM REGIME AMBULATÓRIO. RESULTADOS PRELIMINARES E DEMONSTRAÇÃO DA TÉCNICA

Miguel Mascarenhas Saraiva, Eduardo Oliveira

*ManopH - Laboratório de Endoscopia e Motilidade Digestiva, Porto, Portugal*

**Introdução:** A disponibilidade recente dos métodos de laser intra-vascular abriu perspectivas na sua utilização para o tratamento da doença hemorroidária. Os resultados da utilização do diodo de laser intrahemorroidário têm mostrado ser esta técnica uma alternativa no tratamento instrumental da doença hemorroidária, com resultados comparáveis à cirurgia e ligadura elástica no tratamento das hemorroidas de Grau II / III (1,2,3).

**Objetivo:** Aplicação de um método de laser intra-hemorroidário no tratamento de hemorroidas sintomáticas, em contexto de tratamento ambulatorio, sob sedação endovenosa. Demonstração em vídeo da técnica.

**Pacientes e método:** 2 doentes de sexo masculino, 59-64 anos), com sintomas de prolapso de grau 2/3, com rectorragias. Um dos doentes com hemorroidectomia (há 20 anos) e várias sessões de ligadura elástica.

Ambos os doentes realizaram na mesma sessão colonoscopia total para exclusão de outras causas de hemorragia. A sessão de tratamento foi realizada após o exame endoscópico.

Doente em posição de decúbito lateral esquerdo. Sedação endovenosa (propofol)

Identificação dos pedículos hemorroidários mediante a utilização de um anuscópio de 2/3 de válvula (A. Legrand, Paris) com sistema de iluminação de luz fria, conectado à fonte de endoscopia (A. Legrand, Paris)

ELITE – Expert Laser Intrahemorrhoidal Therapy - Utilização do sistema de laser classe IV NeoV 1470 (Neo-laser (R)), conectado a uma sonda de fibra apropriada (CORONA (R)), cuja extremidade pontiaguda permite a punção e sua introdução no interior da almofada vascular. Aplicação da energia laser em vários pontos do pedículo hemorroidário com 1470 nm de comprimento de onda, a 6 W de potencia, 3 segundos para cada pulso, conferindo uma penetração de 1-2 mm e coagulação de vasos até 1 mm, permitindo posteriormente o seu encolhimento a fixação. Disparos em tração estacionária a cada 5 mm, com lateralização em leque de 2 a 3 aplicações a cada estação. Coagulação do ponto de punção com a mesma fibra. Total de energia fornecida: 300-400 J para pedículos grandes, 200 a 300 J nos de menor dimensão. Tempo de procedimento - 3 minutos por pedículo, dando um tempo total aproximado de 15 min.

Terapêutica durante o procedimento: “Shot” de terapêutica antibiótica profilática com ciprofloxacina + metronidazol, paracetamol, cetorolac.

Terapêutica pós-procedimento - paracetamol (3g/dia durante

2 dias, depois em SOS), etoricoxib (7 dias), pomada de fluocinolona + lidocaína, macrogol com eletrólitos.

**Resultados preliminares:** Em 2 procedimentos, sem complicações imediatas. Necessidade de analgésicos após 48 h: não relatada. Desaparecimento da hemorragia.

**Conclusões:** O tratamento da doença hemorroidária com laser intra-hemorroidário é uma técnica endoscópica de fácil execução, aplicável num ambiente de sala de endoscopia, sob as mesmas condições de sedação necessárias para o exame endoscópico. Aguardam-se resultados de maior experiência e a longo prazo, bem como estudos comparativos com técnicas alternativas.

#### Referências

1. Papler H, Hage R, Duarte J, Lopes N, Masson I, Cazarini C, Fukuda T. A new method for hemorrhoid surgery: intrahemorrhoidal diode laser, does it work? *Photomed Laser Surg.* 2009 Oct;27(5):819-23.
2. De Nardi P, Tamburini AM, Gazzetta PG, Lemma M, Pascariello A, Asteria CR. Hemorrhoid laser procedure for second- and third-degree hemorrhoids: results from a multicenter prospective study. *Tech Coloproctol.* 2016 Jul;20(7):455-9.
3. Maloku H, Gashi Z, Lazovic R, Islami H, Juniku-Shkololli A. Laser Hemorrhoidoplasty Procedure vs Open Surgical Hemorrhoidectomy: a Trial Comparing 2 Treatments for Hemorrhoids of Third and Fourth Degree. *Acta Inform Med.* 2014 Dec;22(6):365-7

### V 02

#### PROCTECTOMIA RECONSTRUTIVA LAPAROSCÓPICA APÓS COLECTOMIA NUM CASO DE COLITE ULCEROSA AGUDA

Julio S Leite, Alexandre Monteiro, Luís Ferreira, Maria João Koch, F. Castro-Sousa

*Clinica Universitária de Cirurgia III da FMUC Serviço de Cirurgia A CHUC*

*- Centro Hospitalar Universitário de Coimbra*

A abordagem laparoscópica na colite aguda é difícil particularmente devido à inflamação pericólica, à necessidade da secção baixa do recto e ao alongamento da bolsa. Um doente de 66 anos apresentava pancolite ulcerativa refractária ao infliximab e aos corticoides. Foi efetuada proctocolectomia reconstrutiva laparoscópica em 2 tempos.

No vídeo mostra-se, no primeiro tempo, a colectomia laparoscópica com dissecação medial-lateral, evitando-se a inflamação pericólica, com extração da peça no local da ileostomia. No segundo tempo mobilizou-se a ileostomia e o íleon com escassas aderências, dissecou-se o mesentério proximal com algumas incisões na serosa, construiu-se uma bolsa em J com a cabeça da CEEA 28 no topo e introduziu-se no abdómen. Após colocação de porta única SILS no orifício da colostomia e da dissecação do recto no plano da fásia mesorectal, seccionou-se o recto baixo com endogia e procedeu-se à anastomose em duplo stapling, após confirmação da orientação mesentérica. No final deixou-se uma ileostomia lateral no mesmo local da ileostomia terminal. O pós-operatório em cada tempo operatório foi de 5 dias, sem complicações.

**Conclusão:** Este vídeo sugere que as situações de colite severa podem ser cirurgicamente tratadas através de proctocolectomia reconstrutiva laparoscópica em 2 fases, com segurança, reduzida morbidade e rápida recuperação.

## V 03

### MUCOSECTOMIA DEBAIXO DE ÁGUA

Fernandes J., Ramos R, Vicente C., Casteleiro C.  
Centro Hospitalar Cova da Beira

A mucosectomia debaixo de água corresponde a uma variação da técnica clássica de mucosectomia, na qual a excisão de lesões no cólon ocorre após repleção do lúmen do cólon com água.

O fundamento da técnica baseia-se no efeito de flutuação da mucosa. A principal vantagem desta técnica, em contraste com a abordagem clássica, decorre do facto de não necessitar de injeção submucosa, o que não só diminui o tempo do procedimento, como também elimina a possibilidade de trasladar células malignas para camadas mais profundas da parede intestinal. Como principais desvantagens, temos, em teoria, uma maior taxa de hemorragia imediata, já que não há a almofada submucosa resultante da injeção nem a ação dos agentes vasoconstritores normalmente utilizados.

Apresentamos o vídeo de vários casos de mucosectomias levadas a cabo debaixo de água. Tal como é expectável pelos fundamentos da técnica, até à data os autores não tiveram qualquer caso de perfuração.

Destacamos esta técnica pela facilidade de execução e pelo menor custo associado ao procedimento.

## V 04

### TAMIS NA EXCIÇÃO DE PÓLIPO EXTENSO DO RECTO

Beatriz Mourato, Guilherme Fialho, Hugo Capote, Eduardo Soeiro, Ilda Barbosa  
Hospital Doutor José Maria Grande

**Introdução:** A cirurgia transanal minimamente invasiva (TAMIS) foi desenvolvida em 2009 com o objectivo de facilitar a excisão transanal de pólipos benignos e neoplasias do recto em estádios iniciais (T1) sem recurso à cirurgia invasiva. Esta cirurgia é realizada através de uma plataforma transanal que permite criar um pneumorecto e, simultaneamente, canais de trabalho para inserção de instrumentos de laparoscopia convencional.

**Objetivo:** Demonstrar a utilização do TAMIS num pólipo extenso do recto.

**Material e métodos:** Apresenta-se um vídeo de uma cirurgia TAMIS, realizada no Serviço de Cirurgia do Hospital Doutor José Maria Grande.

**Resultados:** Doente do sexo masculino, 69 anos, que apresentava pólipo sésil com 60mm com início aos 7-8 cm prolongando-se até aos 13-14 cm da parede anterior do recto, cujas repetidas biópsias mostraram displasia de alto e baixo grau. Foi realizada excisão em bloco de toda a lesão, até ao plano do mesorrecto através de TAMIS com plataforma Gelpoint, sem encerramento do defeito da parede rectal. Verificou-se excelente evolução pós-operatória com alta ao 1º dia pós-op. A anatomia patológica confirmou tratar-se de um adenoma túbulo-viloso, com displasia de baixo grau e focos (<10%) de displasia de alto grau, com base livre.

**Conclusão:** A cirurgia transanal minimamente invasiva tem vindo a ser cada vez mais usada em lesões seleccionadas do recto, permitindo uma sua excisão completa e evitando procedimentos mais invasivos. A disseção pode ser feita até ao plano do mesorrecto, e deste modo não existe necessidade absoluta de encerrar o defeito rectal.

## V 05

### RESSEÇÃO ABDOMINOPERINEAL EXTRA-ELEVADORES (ELAPE) MINIMAMENTE INVASIVA PARA CANCRO DO RETO AVANÇADO

Paulo Alves, Nuno Rama, Paulo Clara, Sandra Amado, Miguel Coelho e Vítor Faria  
Centro Hospitalar de Leiria

**Introdução:** A cirurgia laparoscópica tornou-se o procedimento recomendado para várias patologias colorretais, no entanto, no cancro do reto avançado, continua a ser um tema de debate devido à dificuldade técnica e segurança oncológica.

**Objetivos:** A ressecção abdominoperineal extra-elevadores demonstrou superioridade oncológica com redução da recidiva local e aumento das taxas de sobrevida mas condicionando mais morbilidade pelo que a procura de uma técnica menos invasiva continua a ser um objetivo.

**Material e métodos:** Os autores pretendem apresentar o vídeo de uma ressecção abdominoperineal extra-elevadores com abordagem laparoscópica abdominal e abordagem perineal clássica em posição *prone jackknife* para um paciente com cancro do reto distal localmente avançado (cT4 N+) submetido a quimio-radioterapia neoadjuvante.

**Resultados:** O vídeo mostra uma técnica padronizada de ressecção laparoscópica do reto, usada pela nossa equipa de cirurgia colorretal com a maturação da colostomia terminal, seguida do tempo perineal em posição “prone jackknife” com disseção extra-elevadores e ressecção em bloco da extremidade do cóccix. O encerramento da ferida foi conseguido com uma prótese biológica se sutura dos planos superficiais.

**Discussão/Conclusões:** A equipa colorretal quer destacar a padronização da técnica e a segurança do procedimento quando realizado por uma equipa experiente, interessada na avaliação de resultados e comprometida com a procura da melhoria contínua.