

IX Congresso Brasileiro de Videocirurgia

SOBRACIL - BH 2009

18 a 21 de abril de 2009

Minascentro

Belo Horizonte - MG

Trabalhos Científicos

Área:

CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA

Apresentação: Poster

001 - AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE

LEANDRO AVELAR VAZ RESENDE

RESUMO

INTRODUÇÃO: O aumento da prevalência do excesso de peso não é só um problema sério nos países desenvolvidos, como nos Estados Unidos, mas também dos países em desenvolvimento, como o Brasil. De acordo com o Consenso Latino Americano de Obesidade, cerca de duzentas mil pessoas morrem por ano devido às doenças associadas ao excesso de peso, dentre as possíveis causas para o aumento temos a elevação do consumo de gorduras, principalmente as saturadas, associadas à diminuição ou até mesmo à ausência de consumo de grãos, vegetais, frutas e carboidratos complexos além de aumento do consumo de açúcares simples. Outro fator predisponente seria a diminuição da atividade que desencadeassem esforço físico, fato que está relacionado ao processo de urbanização. **OBJETIVOS:** Revisar a literatura especializada, analisando o tratamento cirúrgico da obesidade, relacionando os pontos relevantes e comparando as diferentes técnicas operatórias. **MÉTODO:** Principais livros-texto referentes à Cirurgia do Aparelho Digestivo e gastroenterologia foram consultados relacionando os aspectos associados aos diferentes tipos de cirurgia bariátrica. **DISCUSSÃO:** A indicação do tratamento cirúrgico da obesidade se remete aos pacientes com IMC > 40 Kg/ m² ou > 35 Kg/ m² com co-morbidades, refratários ao tratamento convencional (dieta, atividade física, e farmacologia). Entretanto, as principais contra-indicações não absolutas são as doenças psiquiátricas, abuso de substâncias ativas; não aderência a tratamentos prévios; idade > 50 anos e cirurgias prévias. Os dois principais tipos de operação utilizados hoje são: a) as operações restritivas: que reduzem a capacidade de armazenamento do estômago em cerca de 20 ml e restringe a saída desta pequena câmara pela aplicação de um anel aneplástico e pode ser feita por laparotomia ou por laparoscopia b) Operações que associam restrição gástrica com desvio gastrointestinal do trânsito alimentar. As

cirurgias têm como objetivos a perda de 50 a 60 % do excesso de peso, pelo menos; diminuição do IMC de cerca de 10 Kg/ m², pelo menos; controle dos níveis glicêmicos conseguindo em 90% dos diabéticos, controle da hipertensão, aumento da lipoproteína de alta densidade (HDL) e diminuição do colesterol, diminuição do nível de triglicérides; desaparecimento da apnéia do sono; redução da massa ventricular esquerda e melhora da função sistólica e diastólica; controle dos sintomas (dispnéia e dor torácica) e aumento da atividade física; alívio dos sintomas das artropatias. Além de todos os benefícios as complicações cirúrgicas também devem ser conhecidas. Dentre as mais comuns temos as incisionais, como seromas, abscesso, e hérnias (10 a 20%). Já as complicações graves ocorrem em 3% dos casos, no pós operatório imediato: broncopneumonias, embolia pulmonar, deiscência de anastomoses gastrointestinais (obrigados às vezes à reoperação). Mortalidade: 1%. **RESULTADOS:** As operações exclusivamente restritivas tem efeito menos intenso sobre a redução ponderal. Resultam em médias de perdas 40 a 50 % do excesso de peso a longo prazo, mas falhou em muitos casos dos pacientes que gostam de doces. Em contrapartida, as operações que associam restrição gástrica com desvio gastrointestinal do trânsito alimentar são as mais eficientes quanto as perdas ponderais em longo prazo. Raramente falham, mesmo em apreciadores de doces, porque provocam o efeito dumping.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

002 - SÍNTESE DO ESPAÇO DE PETERSEN EM PACIENTES SUBMETIDOS A GASTROPLASTIA REDUTORA EM Y-DE-ROUX

ALCIDES JOSE BRANCO; SATURNINO RIBEIRO DO NASCIMENTO NETO; WILLIAN KONDO; ANIBAL WOOD BRANCO; MARLON RANGEL; WILSON ERZINGER; JARBAS VALENTE

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Gastroplastia Redutora em Y-de-Roux (GRYR) é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados por laparoscopia

para o tratamento da obesidade mórbida. As hérnias internas em virtude das brechas mesentéricas são um problema associado com tal técnica cirúrgica; Suas possíveis complicações bem como seu diagnóstico, por vezes difícil, indicam a enteropexia como procedimento de rotina. **MÉTODO:** Apresentação de vídeo mostrando a enteropexia da brecha mesentérica sob alça alimentar (Espaço de Petersen). **CONCLUSÃO:** As hérnias internas após GRYR se apresentam como dor abdominal vaga e sinais radiológicos pobres. Seu diagnóstico exige alto grau de suspeição. A síntese do Espaço de Petersen de rotina é um procedimento executável que evita complicações de alta morbi-mortalidade.

Apresentação: Poster

003 - INTRAGASTRIC BALLOONS FOR OBESITY - A NOVEL TECHNIQUE FOR MORE SECURE, QUICKER, AND LESS EXPENSIVE OFFICE PLACEMENT AND REMOVAL

JOSÉ SÉRGIO NASCIMENTO SILVA; GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; MASAICHI OKAZAKI; CAMILA ROCHA DA CRUZ; EDUARDO FELIPE DE CARVALHO CHAVES; PEDRO PAULO CAVALCANTI ALBUQUERQUE; RAPHAEL DE MACEDO CAVALCANTI COELHO

RESUMO

BACKGROUND: Although bariatric surgery is the fastest and most effective way to lose and control weight, some overweight patients are not eligible for this procedure. **OBJECTIVE:** To report improvements made in the technique for office placement and removal of Silicone Intra-gastric Balloons (SIB). **MATERIAL AND METHODS:** Between June 2006 and January 2009, 131 obese patients (102 women, average weight 94.5kg; \pm 21.9) underwent treatment for obesity using 149 SIBs. All SIBs were successfully placed and retrieved by way of office endoscopy under normal sedation. General anesthesia was not necessary, thereby greatly decreasing the risks and costs. For this purpose, a new Silicone Intra-gastric Balloon was developed (SILIMED®). Placement was carried out by attaching the SIB with a polypectomy snare and inserting it under direct vision. The SIBs were released at the stomach fundus and filled with a solution of saline, iodine contrast and methylene blue (470-850ml). Retrieval was performed by positioning an overtube in the patient's esophagus. A hole was made in the SIB using a needle or endo-scissors, and a catheter was inserted. The entire contents of the balloon were suctioned completely. A snare was used to retract the empty SIB. The SIB was inserted into the overtube and both were removed together. **RESULTS:** All 149 balloons were satisfactorily placed. Of the 149 balloons, 91 have since been removed, 11 because of intolerance, 6 through balloon perforation, and 74 at the end of the 6-month course of treatment. All patients left the office within one hour after the insertion or removal procedures, and were satisfied with the procedure and the sedation. The day after SIB placement, eight patients needed to stay in hospital for 12-48 hours, to control nausea and vomiting. Five balloons were spontaneously eliminated asymptotically. The average weight loss among the 74 patients who finished the 6-month course of treatment was 10.6 (\pm 5.8) kg, and the average excessive weight loss (EWL%) was 55.7 (\pm 68.5) %. **CONCLUSION:** These novel techniques have made SIB placement and removal an office procedure, which is fast, safe, and cost-effective.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

004 - EXCLUSÃO DUODENAL ASSOCIADA À VAGOTOMIA TRONCULAR COMO TRATAMENTO PARA O DIABETES MELITO TIPO 2 EM DOENTES COM IMC ENTRE 26 E 38 KG/M²: RESULTADOS PRELIMINARES

EDSON ALEOTTI; FRANCISCO APARECIDO MARCELO GOZI; FRANK DALLA VECCHIA; INGRID ALLINE DE SOUZA RIBEIRO; LUIZ CARLOS DE SOUZA PEREIRA; CAMILA BRITO PEREIRA; REGIS DE FREITAS

RESUMO

O diabetes melito tipo 2 (DM2) atinge grande parte da população obesa, podendo também ser diagnosticado em magros. Dentre os mecanismos que são propostos para a cura do diabetes destaca-se atualmente a cirurgia bariátrica. No meio cirúrgico, a exclusão duodenal tem sido foco de grandes estudos, e tem demonstrado resultados satisfatórios tanto em doentes obesos como em magros. O objetivo do presente estudo foi avaliar a eficácia dessa técnica associada à vagotomia troncular, visando dessa forma ofertar junto à resolução do DM2 uma redução no peso corporal e melhora das complicações causadas por ambos. Essa técnica foi realizada em 10 doentes com DM2, de ambos os sexos, com idades entre 40 e 65 anos, e IMC menor de 39 kg/m². Os resultados preliminares de até 3 meses pós-cirurgia foram uma redução da glicemia, redução do peso corporal, melhora no perfil lipídico e da pressão arterial. Acredita-se que o componente crítico para redução da glicemia seja a exclusão duodenal da passagem de nutrientes. Assim como ocorre no bloqueio vagal, a perda de peso já era esperada também através da vagotomia troncular. Os doentes apresentaram saciedade precoce e redução no volume de ingestão calórica. Conclui-se com os resultados preliminares que a exclusão duodenal associada à vagotomia troncular demonstra ser uma técnica eficaz para tratamento de DM2, e que os níveis de peptídeo C determinam o seu sucesso, pois os doentes que apresentaram níveis mais elevados responderam melhor ao tratamento, no entanto se requer término do presente estudo para uma conclusão definitiva.

Apresentação: Poster

005 - REOPERAÇÕES NAS COMPLICAÇÕES IMEDIATAS DO BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

RENÉ BERINDOAGUE; CARLOS BALLESTA-LÓPEZ

RESUMO

INTRODUÇÃO: O bypass gástrico laparoscópico (BPGL) é um dos tratamentos cirúrgicos mais realizados na obesidade mórbida. A reoperação por via laparoscópica nas complicações imediatas é considerada viável, apesar de não haver séries significativas que demonstrem seus resultados. O objetivo é avaliar os resultados das reoperações laparoscópicas nas complicações pós-operatórias imediatas nos pacientes submetidos à BPGL em nosso centro. **MATERIAL E MÉTODO:** Análise retrospectiva de noventa e três pacientes (6.2%) reoperados por complicações pós-operatórias imediatas de um total de 1.491 pacientes submetidos a BPGL de dezembro de 2001 a dezembro de 2007. **RESULTADOS:** As principais causas de reoperação foram: dilatação gástrica aguda (34,4%), deiscência (26,9%), hemorragia (19,4%), perfuração intestinal (5,4%) e obstrução intestinal (3,2%). A abordagem cirúrgica foi por via laparoscópica em 88 pacientes (94,6%) e por laparotomia em cinco (5,4%). Trinta pacientes (32,2%) desenvolveram complicações após a reoperação laparoscópica. Destes, vinte e dois foram tratados conservadoramente, e oito exigindo nova intervenção (sete por laparoscopia e um por laparotomia). A taxa de mortalidade foi de 6,4%. **CONCLUSÕES:** Na presença de complicações cirúrgicas imediatas em pacientes submetidos a BPGL, a reintervenção por via laparoscópica é eficaz e com bons resultados. Nosso grupo recomenda considerar a abordagem laparoscópica como uma primeira opção quando se necessita uma reoperação no pós-operatório imediato do BPGL.

Apresentação: Poster**006 - O USO ENDOSCÓPICO DO SURGISIS PARA TRATAMENTO DE FÍSTULA GASCUTÂNEA APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA - EXPERIÊNCIA DE UMA SÉRIE DO RIO DE JANEIRO**

NEWTON TEIXEIRA DOS SANTOS; PAULA PERUZZI ELIA; GUTEMBERG CORREIA DA SILVA; ALVARO AUGUSTO GUIMARAES FREIRE; GREGORIO FELDMAN; JOSÉ MAURO TEIXEIRA

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar o uso de SURGISIS no tratamento de fístula após cirurgia bariátrica. **MÉTODOS:** Estudo longitudinal retrospectivo dos pacientes que realizaram tratamento endoscópico com Surgisis nas fístulas após cirurgia bariátrica, na GASTROENDO, no período de outubro de 2005 a novembro de 2008. **RESULTADOS:** No período de realização deste estudo, 8 pacientes com fístula gastrocutânea após cirurgia bariátrica foram submetidos a tratamento endoscópico com Surgisis na GASTROENDO. O período médio de evolução da fístula foi de 5 meses após a cirurgia, com tempo mínimo de 40 dias e máximo de 8 meses. 7 pacientes (87.5%) foram operados pela técnica de HIGA, e 1 (12.5%) pela técnica de Sleeve. 1 paciente teve fechamento do orifício fistuloso apenas através da escarificação deste durante a endoscopia, sem necessidade de aplicação do Surgisis. 4 pacientes (50%) tiveram fechamento da fístula na primeira aplicação, 1 (12.5%) respondeu na segunda e 2 (25%) na quarta. Em 2 casos (25%) foi necessária a dilatação da anastomose em um segundo momento. Não houve nenhuma complicação relacionada ao procedimento proposto. **CONCLUSÃO:** Apesar de toda a evolução nas técnicas e no material cirúrgico relacionados à cirurgia bariátrica, ainda há morbidade e mortalidade associadas a este procedimento. Os métodos endoscópicos oferecem técnicas alternativas, menos invasivas, para o tratamento das complicações relacionadas a esta cirurgia. Assim como na literatura mundial, a nossa casuística demonstrou ser o Surgisis um método seguro e eficaz no tratamento de fístula relacionada à cirurgia bariátrica.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**007 - PADRONIZAÇÃO DA GASTROENTERO ANASTOMOSE MANUAL EM CIRURGIA BARIÁTRICA**

ALCIDES JOSE BRANCO FILHO; SATURNINO RIBEIRO DO NASCIMENTO NETO; WILLIAN KONDO; ANIBAL WOOD BRANCO; MARLON RANGEL; WILSON LUIS ERZINGER; LAFAYETE RAMOS

RESUMO

INTRODUÇÃO: A obesidade severa é uma doença não responsiva a tratamento clínico, mas pode ser abordada cirurgicamente, o que permite melhores condições de acompanhamento e controle de parâmetros de saúde a longo prazo. O bypass gastrojejunal em Y-de-Roux, que produz restrição alimentar e má absorção relativa, é considerada a cirurgia mais eficaz nessa proposição, sendo a mais utilizada nos Estados Unidos da América e também em nosso meio. **MÉTODO:** Demonstrar através de vídeo a padronização da gastroenteroanastomose (GEA) manual em nosso serviço em pacientes submetidos ao bypass gastrojejunal em Y-de-Roux. **CONCLUSÃO:** Há variações na técnica de realização dessa cirurgia, no tipo de reservatório gástrico (horizontal ou vertical), na colocação ou não de um anteparo inelástico (Silastic ou Marlex) na bolsa gástrica bem como da forma de sua realização (Stapler linear e/ou circular e manual). Demonstramos neste trabalho que a GEA manual é procedimento factível com resultados iguais às outras formas de anastomose.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**008 - FÍSTULA JEJUNO-ILEAL COMO ALTERNATIVA TÉCNICA COMPLEMENTAR PARA INSUCESSO DE BANDA GÁSTRICA**

OZORIO SAMPAIO MENEZES; SIGFRIED MAX BOETTCHER; AMANDA KETZER MENEZES

RESUMO

OBJETIVO: o tratamento cirúrgico da obesidade tem na cirurgia de banda gástrica ajustável de silicone uma de suas opções e é usada em larga escala em diversos países. Quando os resultados não são os esperados tem-se utilizados diversas técnicas cirúrgicas para atingir os objetivos finais da cirurgia bariátrica. Com a intenção de evitar as alterações metabólicas e morbidades de cirurgias de grande porte como bypass gástrico, derivações biliopancreáticas e gastrectomias verticais, os autores demonstram a técnica laparoscópica para realizar jejunoileoanastomose mantendo a banda como forma restritiva da cirurgia. **MÉTODO:** Em novembro de 2001 a primeira paciente foi submetida a uma anastomose jejuno-ileal, desde então, seguiram-se outros pacientes submetidas a esta técnica. Todos os pacientes mantinham IMC acima de 40, embora com diversas formas de acompanhamento e ajustes da banda por mais de um ano. Foram submetidas a jejunoileoanastomose por videolaparoscopia, porém, sem remover a bandagem gástrica. São apresentados os detalhes técnicas da cirurgia, dados clínicos e critérios que indicaram esta alternativa técnica. **RESULTADOS:** não houveram complicações pós-operatórias imediatas. O acompanhamento por sete anos e os mais recentes não detectou alterações metabólicas relacionadas a fístula intestinal. Apresenta-se os resultados de seguimento destes pacientes, evidenciando os bons resultados obtidos até o momento. **CONCLUSÃO:** a fístula criada por jejunoileoanastomose videolaparoscópica, com o intuito de acrescentar o fator de disabsorção, mantida a bandagem gástrica, em pacientes já submetidos a colocação de banda gástrica ajustável sem bons resultados, demonstrou ser seguro e com excelente resultado metabólicos e de perda de peso.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**009 - TÉCNICA DE GASTRECTOMIA VERTICAL EM CIRURGIAS BARIÁTRICAS E METABÓLICAS**

JOSÉ DE RIBAMAR SABÓIA DE AZEVEDO; RAFAEL MASSAO DA SILVA NAGATO; GLÓRIA MARIA LUCAS COSTA; MARCUS VINICIUS DANTAS DE CAMPOS MARTINS; FERNANDO BARROSO FILHO; ANTÔNIO FILIPE CALDAS; TÁCIDO STAGE MADURERA JÚNIOR

RESUMO

A obesidade é uma doença com grande prevalência em todo o mundo, principalmente nos Estados Unidos e Europa, e acomete todas as faixas etárias, incluindo adolescentes. O tratamento cirúrgico da obesidade mórbida tem sua origem no anos 50, quando as operações de má absorção foram principalmente realizadas para as síndromes de hiperlipidemia grave e atualmente vem mostrando ser a única forma efetiva de tratamento da obesidade mórbida. A gastrectomia vertical (Sleeve Gastrectomy) foi descrito inicialmente em 1999 como etapa de uma estratégia na derivação biliopancreática com switch duodenal. Regan et al descreveu o primeiro uso com sucesso da gastrectomia vertical como primeiro passo do By pass em Y-de-Roux em pacientes super obesos. No entanto, muitos desses pacientes, em várias publicações, apresentaram significativa perda ponderal, não necessitando de um segundo procedimento. Em uma grande série retrospectiva Lalor et al analisou 146 pacientes submetidos a gastrectomia ver-

tical como procedimento único provando sua segurança e eficácia. É um procedimento com baixo tempo cirúrgico, com maior facilidade técnica e com menores complicações. Mesmo a extensa linha de grampeamento, que gera muito receio para alguns, apresenta incidência de deiscência em torno de 0,9%, semelhante às outras técnicas. O diabetes melito do tipo 2 (DM2) e a obesidade são doenças de proporções epidemiológicas. A associação entre elas são bem estabelecidas e a maioria dos pacientes com DM 2 são obesos. Atualmente a gastrectomia vertical tem avançado, além da diminuição do peso em pacientes obesos, para o tratamento endócrino metabólico em pacientes onde a obesidade mórbida não está presente. Os resultados preliminares de um recente estudo sueco revelou além da promissora perda de peso, a importante melhora da qualidade de vida e suas co-morbidades em obesos classe I (IMC entre 30 e 35 Kg/m²). O primeiro passo gastrectomia vertical é a divisão do omento gastrocólico, através da grande curvatura do estômago, iniciando próximo ao piloro, seguindo em direção ascendente até o ângulo de His. Toda a parede anterior e posterior do corpo e fundo gástricos deverão ser devidamente expostos antes da iniciar a gastrectomia. O molde gástrico é feito com um cateter de Fouchet número 32 iniciando o grampeamento, a 6 cm do piloro seguindo em direção cefálica até o ângulo de His, paralelo ao cateter de Fouchet. É aconselhável a realização de uma sutura contínua de reforço da linha de grampeamento gástrico. Posteriormente é realizado teste com azul de metileno através do cateter de Fouchet na posição da cárdia gástrica. Não se faz necessário a manutenção de um cateter gástrico e cateterização vesical no pós operatório. Este vídeo ilustra de forma prática a realização da gastrectomia vertical evidenciando possíveis pontos complicadores nesta técnica, que pode ser feita de forma segura e com excelentes resultados.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

010 - TRANSFORMAÇÃO DE DERIVAÇÃO BILIOPANCREÁTICA COM PRESERVAÇÃO GÁSTRICA EM BYPASS GÁSTRICO SEM ANEL

CARLOS EDUARDO DOMENE; PAULA VOLPE

RESUMO

A derivação biliopancreática com preservação gástrica videolaparoscópica pode determinar situação de difícil controle clínico em relação aos sintomas de distensão abdominal por gases, diarreia ou odor das fezes, determinando necessidade de desfazer-se a cirurgia ou transformá-la em procedimento restritivo. Descreve-se um caso da modificação para bypass gástrico sem anel. A tática operatória é individualizada, colocando-se os trocartes à medida da liberação das aderências da operação anterior. O cirurgião posta-se à esquerda do paciente, com o auxiliar de câmera à sua esquerda e o auxiliar à direita do paciente. São colocados cinco trocartes: um de 12 mm abaixo do rebordo costal esquerdo em linha axilar anterior (para a instrumentação e o grampeador); um de 5 mm em epigastro para afastamento; um de 5 mm em flanco direito para auxílio; um de 10 mm na linha média, 20 cm abaixo do xifóide para a óptica e um de 10 mm em flanco esquerdo para umbilical para a instrumentação da mão esquerda do cirurgião. O vídeo demonstra todos os passos importantes e sistematização técnica desse procedimento.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

011 - RESTABELECIMENTO DO TRATO DIGESTIVO NORMAL APÓS DERIVAÇÃO BILIOPANCREÁTICA COM PRESERVAÇÃO GÁSTRICA VIDEOLAPAROSCÓPICA

CARLOS EDUARDO DOMENE; PAULA VOLPE

RESUMO

A derivação biliopancreática com preservação gástrica videolaparoscópica pode determinar situação de difícil controle clínico em relação aos sintomas de distensão abdominal por gases, diarreia ou odor das fezes, determinando necessidade de desfazer-se a cirurgia ou transformá-la em procedimento restritivo. Descreve-se um caso de restabelecimento de trato digestivo normal. A tática operatória é individualizada, colocando-se os trocartes à medida da liberação das aderências da operação anterior. O cirurgião posta-se à esquerda do paciente, com o auxiliar de câmera à sua esquerda e o auxiliar à direita do paciente. São colocados cinco trocartes: um de 12 mm abaixo do rebordo costal esquerdo em linha axilar anterior (para a instrumentação e o grampeador); um de 5 mm em epigastro para afastamento; um de 5 mm em flanco direito para auxílio; um de 10 mm na linha média, 20 cm abaixo do xifóide para a óptica e um de 10 mm em flanco esquerdo para umbilical para a instrumentação da mão esquerda do cirurgião. O vídeo demonstra todos os passos importantes e sistematização técnica desse procedimento.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

012 - BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL, CONVERSÃO A GASTROPLASTIA VERTICAL APÓS DESLIZAMENTO OU FALHA DO PROCEDIMENTO

JOSE ANTONIO CARIM; FILIPE CARIM; MARIO HORWACZ

RESUMO

A banda gástrica ajustável é um procedimento largamente utilizado em todo o mundo, com preferência de sua utilização na Austrália seguindo a Europa, tem aumentado muito seu uso nos EEUU e apresenta bons resultados em nosso país, principalmente quando em pacientes selecionados. O objetivo deste trabalho é mostrar pontos básicos de conduta técnica quando os pacientes apresentaram deslizamento gástrico ou insatisfatória perda de peso no pós operatório tardio. Dos nossos 600 pacientes 96 foram reoperados e mais 6, que foram operados inicialmente em outro serviço apresentaram condições que nos levaram a mudança do procedimento para Bypass gastro jejunal nestes 102 pacientes. Nós tivemos 4 lesões gástricas que foram suturadas, duas fistula que se fecharam em uma semana e 15 dias respectivamente, 18 estenoses que foram dilatadas e 5 que não necessitaram de dilatação. Utilizamos dois acessos para a secção do estomago, seja acima do local original da banda no slip e abaixo na falha de procedimento, procurando assim evitar seccionar o estomago no local da fibrose. MÉTODO: Demonstraremos os pontos técnicos desta cirurgia conforme a seqüência por nós utilizada: Acesso a cavidade abdominal aproveitando 4 portais da cirurgia previa e acrescentamos dois outros, liberação das aderências procurando seguir o caminho do tubo e banda, abrimos a banda e a retiramos do local. Acessamos a pequena curvatura do estomago e disparamos o primeiro grampo, posteriormente utilizamos grampo verde na bolsa gástrica, cobrimos a linha de grampos em ambos os estômagos (bolsa gástrica e estomago residual), utilizamos uma alça alimentar de 1.2m a 1.7m e 40 a 50 cm de alça biliopancreática com anastomose manual ou mecânica, gastro jejunal termino lateral em dois planos e jejunojejuno anastomose com fechamento do meso e acrescentamos drenagem da cavidade abdominal. Nos 18 pacientes com estenose todos foram submetidos a dilatações, variando de 3 a 8 sessões, e os pacientes apresentaram bons resultados sendo que um teve perfuração no ato da dilatação, cirurgia em outro serviço sem achar o orifício da perfuração. Concluimos que a banda gástrica ajustável quando falha na perda de peso ou apresenta deslizamento, deve ser convertida ao bypass gastrojejunal. Nós tivemos um índice de

3,83% de estenose, considerado bom nestes casos de conversão utilizando anastomose manual ou mecânica em menor número.

Apresentação: Poster

013 - AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL, PERDA DO EXCESSO DE PESO E CO-MORBIDADES APÓS CINCO ANOS DA REALIZAÇÃO DO BYPASS GÁSTRICO EM ITAJAÍ (SC)

MARIA CECILIA LUCENA DE ARAUJO; VANESSA CAMPOS TELES; ALCIDES DE SOUZA; LIRED A MENESES SILVA; JOEL ANTONIO BERNHARDT

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar retrospectivamente a evolução do índice de massa corporal (IMC), perda do excesso de peso (PEP) e a possível melhora de co-morbidades como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) tipo II e Dislipidemia após um seguimento de um, dois e entre quatro e cinco anos de cirurgia bariátrica (Bypass Gástrico em Y de Roux- BGYR). **MÉTODOS:** Através de análises de prontuários de duas clínicas em Itajaí (SC) foram anotados dados de 40 pacientes nos respectivos períodos de seguimento, e calculados o IMC (peso/altura²) e a PEP% (100 x (Peso pré-operatório - Peso do ano determinado) ÷ excesso de peso). Em relação às co-morbidades, dos 40 pacientes selecionados para estudo doze eram hipertensos, seis diabéticos e onze dislipidêmicos previamente a cirurgia. As co-morbidades foram reavaliadas através de parâmetros clínico-laboratoriais (medida de pressão arterial, dosagem de glicemias e de colesterol total) também contidos nos prontuários, quatro a cinco anos após a cirurgia. **RESULTADOS:** A média da perda do excesso de peso foi de 73% no primeiro ano chegou a 77% no segundo ano e decaiu para 71% no quarto ao quinto. O IMC médio nesses períodos foi respectivamente de: 28,86kg/m², 28,01kg/m² e 29,07kg/m². HAS apresentou 90% de cura, DM 100% e dislipidemia 27% no quarto ao quinto ano de cirurgia. **CONCLUSÃO:** Em todos os períodos analisados a PEP% foi não só satisfatória como também excelente (> 65%). Concluímos então que o BGYR realizado em Itajaí nestes pacientes foi efetivo para perda de peso e manutenção deste em longo prazo. Evidenciou-se também que o BGYR teve resultados muito bons no que diz respeito à melhora de co-morbidades, principalmente Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

014 - PADRONIZAÇÃO DA GASTRECTOMIA VERTICAL (SLEEVE) NOS PACIENTES SUPEROBESOS

ALCIDES JOSE BRANCO; SATURNINO RIBEIRO DO NASCIMENTO NETO; WILLIAN KONDO; ANIBAL WOOD BRANCO; WILSON LUIS ERZINGER; MARLON RANGEL; JARBAS VALENTE

RESUMO

INTRODUÇÃO: A perda ponderal nos pacientes superobesos (IMC > 50) geralmente falha em se tratando de cirurgias restritivas, inclusive naqueles pacientes submetidos ao bypass gastrojejunal em Y-de-Roux. No entanto, a Gastrectomia Vertical (SLEEVE) tem se mostrado uma técnica segura como primeira etapa da duodenal switch. **MÉTODO:** Demonstrar através de vídeo a padronização da gastrectomia vertical (Sleeve) como primeira etapa nos pacientes submetidos a duodenal switch. **CONCLUSÃO:** A gastrectomia vertical é o procedimento de escolha nos pacientes superobesos principalmente naqueles com comorbidades.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

015 - PADRONIZAÇÃO TÉCNICA VÍDEO LAPAROSCÓPICA EM SITUS INVERSUS TOTALIS NO BY PASS GÁSTRICO EM Y ROUX COM ANEL (DGYRA)

ALEXANDRE AMADO ELIAS; GARRIDO, ARTHUR BELARMINO JR.; BERTI, LUIZ VICENTE; OLIVEIRA, MARCELO ROQUE DE

RESUMO

Este tipo de variação anatômica é muito rara e pouco freqüente em nosso meio, em mais de 7000 Derivações Gástricas em Y roux (DGYRA), em 10 anos tivemos um caso de Situs inversus Totalis associado a obesidade mórbida que nos obrigou a mudar e criar uma estratégia dentro da padronização já estabelecida, para que o procedimento fosse realizado aos moldes de como estávamos habituado e com a segurança da mesma. O vídeo demonstra claramente a variação anatômica e os tempos cirúrgicos utilizados, viabilizando de forma segura e adequada a realização da Derivação Gástrica em Y Roux (BY pass Gástrico) nesta situação, podendo proporcionar ao paciente os mesmos resultados do método.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

016 - OBSTRUÇÃO INTESTINAL EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA BARIÁTRICA

ALCIDES JOSE BRANCO; SATURNINO RIBEIRO DO NASCIMENTO NETO; WILLIAN KONDO; ANIBAL WOOD BRANCO; WILSON LUIS ERZINGER; JARBAS VALENTE; MARLON RANGEL

RESUMO

INTRODUÇÃO: Em resposta ao crescimento epidêmico mundial da obesidade, novos tratamentos foram propostos e aprimorados, destacando-se, entre eles, os avanços na cirurgia. A laparoscopia em virtude do menor trauma tecidual apresenta uma menor taxa de obstrução intestinal em virtude de brida; no entanto, as hérnias internas e casos como as hérnias de troca são uma realidade na cirurgia minimamente invasiva. **MÉTODO:** Apresentação através de vídeo de casos de obstrução intestinal após cirurgia bariátrica. **CONCLUSÃO:** A obstrução de intestino delgado pode cursar com sintomas inespecíficos, como dor abdominal intermitente de longa duração, ou apresentar-se com dor abdominal aguda, associada à náusea, vômitos e constipação. Seu diagnóstico exige alto grau de suspeição, visto que se feito tardiamente pode ocasionar complicações de alta morbimortalidade.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

017 - EXCLUSÃO DUODENAL ASSOCIADO A SLEEVE GASTRECTOMIA COM "Y DE ROUX", NO TRATAMENTO DE SUJEITOS DIABÉTICOS TIPO 2, NÃO OBESOS - RESULTADOS PRELIMINARES

DAOUD NASSER; ADRIANA SALES FINIZOLA; BRUNO NANNI; KASSILA NASSER; WILSON E. FILHO; MIRIAM TAKAHASHI; EMILIO ZEKIM

RESUMO

INTRODUÇÃO: A prevalência do Diabetes Mellitus tipo 2 está aumentando de forma exponencial, adquirindo características epidêmicas em vários países e principalmente nos países em desenvolvimento. O Brasil está entre os 10 países que tem a maior população de diabéticos. Em 2004, Rubino apresentou um estudo em ratos diabéticos, não obesos mostrando que a Exclusão

Duodenal pode diretamente melhorar o metabolismo da glicose, sugerindo que a cirurgia pode também levar ao controle glicêmico em pacientes não obesos. A Sleeve Gastrectomia tem se mostrado um método com menor perda de peso e melhora no metabolismo da glicose. A realização da Exclusão Duodenal associada à Sleeve Gastrectomia poderá melhorar o metabolismo da glicose sem levar o paciente a um emagrecimento acentado. Os tratamentos a longo prazo com insulina não são isentos de riscos como hipoglicemia severa e ganho de peso, levando a um conseqüente tratamento inadequado da doença. Desta maneira pretendemos demonstrar os benefícios da cirurgia na melhora do Diabetes tipo 2, em pacientes não obeso. OBJETIVOS: Demonstrar através da realização da Exclusão Duodenal associado a Sleeve Gastrectomia com ou sem Y de Roux em pacientes portadores de diabetes mellitus tipos 2 que este procedimento pode levar à melhora desta condição clínica com perda de peso menor. Interromper a progressão das eventuais lesões secundárias ao Diabetes Mellitus. Suspender a utilização de anti-hiperglicemiantes orais ou insulina. METODOLOGIA: Foram operados 4 pacientes submetidos à Exclusão Duodenal e Sleeve Gastrectomia, com IMC abaixo de 30 Kg/m², com média de idade de 48 anos (36 a 65) portadores de Diabetes tipo 2 que não conseguiam o controle da doença com tratamento clínico, peptídeo C acima de 1—, e hemoglobina glicada acima de 7.5%. Dois apresentavam hipertensão arterial, 1 teve IAM, 1 apresentou oclusão da artéria carótida e 1 retinopatia diabética, 2 com dislipidemia. 1 com microalbuminúria. RESULTADOS PRELIMINARES: Redução dos níveis glicêmicos desde os primeiros dias de pós operatório, com diminuição ou suspensão do uso de insulina e hipoglicemiantes orais pelos pacientes operados.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

018 - CIRURGIA BARIÁTRICA EM ADOLESCENTE: AVALIAÇÃO DE 48 PACIENTES

DAOUD NASSER; ADRIANA SALES FINIZOLA; BRUNO NANI; KASSILA DA R. NASSER; DJALMA FAGUNDES

RESUMO

INTRODUÇÃO: A prevalência de adolescentes obesos aumentou muito nas últimas 3 décadas, passando de 15,5% para 37%. Se a criança é obesa e os pais também, sua chance de ser obesa é de 82%. A obesidade na adolescência tem graves conseqüências imediatas e a longo prazo. A cirurgia bariátrica tem apresentado bons resultados para atingir perda de peso durável, melhora ou resolução das comorbidades. **MATERIAL E MÉTODO:** Foram avaliados quarenta e oito adolescentes operados no período de 2000 a 2006, no serviço do Centro de Cirurgia de Obesidade, em Maringá, com idade entre 12 e 17 anos (15,85 anos) sendo 18 (dezoito) 37,5% pacientes do sexo masculino e 30 (62,5%) pacientes do sexo feminino. O IMC médio foi de 40.95 Kg/m² (35,07 a 60,07 Kg/m²). Os critérios de indicação para cirurgia foram IMC maior ou igual a 35Kg/m² associados a comorbidades ou IMC maior que 40Kg/m² e idade acima de 16 anos com algumas exceções e falha do tratamento clínico. Todos fizeram acompanhamento com a equipe multidisciplinar. Todos os pacientes foram submetidos ao Bypass Gástrico com Y de Roux com anel, sendo 15 (30,61%) por videolaparoscopia e 33 (9,39%) por via aberta. **RESULTADO:** As comorbidades mais frequentes encontradas foram: Hiperglicemia (4,17%), dislipidemias (22,92%), Hipertensão arterial sistêmica (27,08%), Artropatias (27,8%), Incontinência urinária (10,42%), sintomas de Refluxo Gastroesofágico (12,5%), distúrbios vasculares (4,17%), Esteatose hepática (10,42%), Apnéia do sono (15,58) Dos 48 pacientes operados 44 (91,66%) retornaram na consulta do terceiro mês, 33 no sexto mês (68,75%), 29 no primeiro ano (60,41%), 20 no segundo ano (41,66%) e somente 8 após 3 anos da cirurgia. A perda média do Excesso de peso foi de 82,5% em 36 meses. A altura média variou

de 170.1m no pré-operatório para 172.2m no pós-operatório. O IMC variou de 42,76Kg/m² para 27.38Kg/m², sendo ambos estatisticamente significativos (p=0,000). A perda do excesso de peso foi de 60% no sexto mês, 78% em 1 ano, 85% em 2 anos e 80% em 4 anos. Houve melhora importante das comorbidades no pós-operatório. 26 fizeram o tratamento da anemia. A vitamina B12, que é dosada de rotina esteve baixa em 25 (52,08%) dos pacientes. Apesar da recomendação pela equipe médica somente 25 (52,08%) pacientes fazem uso regular do polivitamínico. Um paciente apresentou obstrução intestinal. **CONCLUSÃO:** A cirurgia bariátrica em adolescentes é um tratamento seguro e eficaz. O acompanhamento a longo prazo pela equipe multidisciplinar é muito importante e necessário. Está associada com uma perda de peso duradoura, significativa, com correção ou melhora das comorbidades, assim como auto-imagem e socialização.

Área:

CIRURGIA COLOPROCTOLÓGICA

Apresentação: Tema e Vídeo livre

019 - TRATAMENTO CIRÚRGICO RADICAL DO ADENOCARCINOMA DE RETO POR ACESSO CONVENCIONAL E POR ACESSO VIDEOLAPAROSCÓPICO: COMPARAÇÃO DA RADICALIDADE ONCOLÓGICA, COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS E SOBREVIDA

ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI; CARLOS AUGUSTO VÊO; MARCOS VINÍCIUS DENADAI; ROBERTO HELENO LOPES; JOSÉ HUMBERTO TAVARES GUERREIRO FREGNANI

RESUMO

OBJETIVOS: Comparar a radicalidade oncológica, as taxas de complicações pós-operatórias e as probabilidades de sobrevivência entre pacientes submetidos à retossigmoidectomia videolaparoscópica e por via convencional. **MÉTODOS:** O estudo foi realizado com 84 indivíduos com neoplasia maligna do reto que foram admitidos consecutivamente na Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos no período entre janeiro de 2000 e janeiro de 2003. Foram incluídos no estudo somente os pacientes operados eletivamente, com intenção curativa e sem obstrução intestinal. Excluíram-se os indivíduos com polipose colônica familiar, neoplasias sincrônicas ou doença metastática. A escolha da via de acesso cirúrgico foi subjetiva (critérios clínicos) e não se baseou na localização do tumor no reto. Os pacientes com neoplasia do reto situada até 10 cm da borda anal foram submetidos à imigração (5-FU) e radioterapia pélvica neoadjuvante (5.040cGy). A indicação de quimioterapia adjuvante (5-FU + ácido folínico) dependeu do estágio, tipo histológico, grau de diferenciação, CEA pré-operatório, idade e condições clínicas. Todos os pacientes foram submetidos a preparo mecânico do cólon com fosfatos via oral na véspera da cirurgia e antibióticoprofilaxia com metronidazol (1,5g) e gentamicina (5 mg/kg) durante a indução anestésica. **RESULTADOS:** A via laparoscópica foi empregada em 50% dos pacientes. Não houve diferença estatisticamente significativa em relação à idade, gênero, topografia da neoplasia no reto, estadiamento, proporção de indivíduos submetidos à neoadjuvância e adjuvância e tipo de ressecção cirúrgica (retossigmoidectomia ou amputação do reto). O número de linfonodos regionais dissecados na cirurgia, o tamanho da peça cirúrgica, a proporção de margens cirúrgicas menores do que 2 cm e o número de dias de internação foram semelhantes entre os dois grupos (P>0,05). O tempo cirúrgico foi significativamente maior quando se realizou o acesso laparoscópico quando comparado ao convencional (tempo mediano: via laparoscópica = 210 minutos; via convencional = 127,5 minutos; P<0,001). Não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas nas taxas

de complicação pós-operatórias entre os dois grupos de acesso cirúrgico (fístula, abscesso, peritonite, infecção pulmonar, disfunção vesical, disfunção sexual, hérnia). Os tempos médios de acompanhamento dos pacientes foram semelhantes, sendo de 66,5 meses para os pacientes submetidos à laparoscopia e de 70,4 meses para o acesso convencional ($P=0,163$). Não houve diferença nas probabilidades de sobrevida global em 5 anos entre os grupos, sendo igual a 75,9% e 78,0% respectivamente para as pacientes que fizeram laparoscopia e cirurgia convencional ($P=0,908$). **CONCLUSÃO:** Embora o tempo cirúrgico tenha sido significativamente maior nos indivíduos que foram submetidos à retossigmoidectomia por videolaparoscopia, não houve diferença nas taxas de complicações pós-operatórias e na radicalidade oncológica, sendo as probabilidades de sobrevida semelhantes entre os dois grupos analisados. O maior tempo cirúrgico observado no grupo da laparoscopia provavelmente se deveu a curva de aprendizado.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

020 - PROCTOCOLECTOMIA VIDEO-LAPAROSCÓPICA

TEON AUGUSTO NORONHA DE OLIVEIRA; ANTÔNIO LACERDA FILHO; FÁBIO LOPES; PAULO ROCHA FRANÇA NETO

RESUMO

INTRODUÇÃO: A cirurgia video-laparoscópica tem se tornado uma opção cada vez mais atrativa para os pacientes portadores de doenças colorretais, pois permitem uma menor permanência hospitalar, menos dor pós-operatória, além de melhores resultados estéticos. **MATERIAS E MÉTODOS:** vídeo da cirurgia do paciente W.G.A.X., masculino, 35 anos, portador de RCUI grave (pancolite) COM 15 anos de evolução. Evoluindo nos últimos meses com queixa de diarreia e dor ano-retal. Realizado retossigmoidoscopia até 10 cm, que mostrou mucosa granular e friável. Indicado colonoscopia, apresentando padrão de pancolite e pseudopolipose. Biópsias colônicas mostraram focos de displasia de alto grau. Indicado proctocolectomia com reservatório íleo-anal assistida por video-laparoscopia. Cirurgia realizada em 6 horas, com ótima evolução pós-operatória. **CONCLUSÃO:** A cirurgia colorretal video-laparoscópica é hoje uma opção de cirurgia para os pacientes portadores de doenças colorretais, com benefícios comprovados.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

021 - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO DE HÉRNIA ENCARCERADA EM INCISÃO DE TROCARTE. RELATO DE CASO

ARMANDO G. F. MELANI; JOSÉ VIEIRA BARRRETO JÚNIOR; ROBERTO HELENO LOPES; MARCELO ANDRADE VIEIRA; MARCOS VINICIUS DENADAI; CARLOS AUGUSTO R. VÊO; ANTONIO BAILÃO JÚNIOR

RESUMO

Hérnia na incisão do trocarte é uma complicação pouco frequente na videolaparoscopia, com incidência em torno de 0,2 %, sendo as localizações extra-umbilicais as mais comuns. Relatamos o caso de uma paciente do sexo feminino, 68 anos, com diagnóstico de Adenocarcinoma em Cólon Sigmóide, que foi submetida à Retossigmoidectomia Videolaparoscópica em 29/07/2008. Foram colocados trocarte de 10 mm na incisão umbilical, de 12 mm na fossa ilíaca direita (FID) e outros dois de 05 mm no HCD e flanco esquerdo. Pelo trocarte de 12 mm foi colocado um dreno abdominal que foi retirado no 4º dia de pós-operatório (PO), antes da alta hospitalar. No 7º PO, a paciente retorna com quadro de suboclusão

intestinal tratado clinicamente a princípio, mas sem resolução completa. No 13º PO foi solicitado TC de abdome que evidenciou distensão de delgado e herniação em FID. No dia seguinte a paciente foi submetida à nova intervenção laparoscópica que confirmou o diagnóstico e possibilitou a redução do intestino delgado encarcerado na incisão do trocarte da FID, sem sinais de sofrimento, sendo suturado o orifício da aponeurose. Paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório. Assim, demonstramos neste vídeo que é factível fazer o diagnóstico e tratamento dessa complicação através da videolaparoscopia.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

022 - RETOSSIGMOIDECTOMIA VIDEO-LAPAROSCÓPICA POR INTUSSUSCEPÇÃO COLO-COLONICA - RELATO DE CASO

MARCELO DE ANDRADE VIEIRA; ARMANDO GERALDO F. MELANI; ROBERTO HELENO LOPES; ANTONIO BAILÃO JÚNIOR; JOSE VIEIRA BARRETO JÚNIOR; RAFAEL PERDOMO

RESUMO

A intussuscepção nos adultos é rara, sendo responsável por 5% dos casos e por 1% das obstruções intestinais. Ao contrário da faixa pediátrica, é na maioria das vezes secundária a uma lesão definida com potencial significativo de malignidade em 80 a 90% dos casos. A intussuscepção mais comum é a íleo-cólica, e a principal causa é por lipoma. Neste vídeo, apresentamos uma paciente de 53 anos, que iniciou quadro de episódios de sangramento retal há 1 ano, sendo tratada como portadora de hemorroidas. Há 1 mês evoluiu com piora do sangramento, sendo realizada retossigmoidoscopia que evidenciou lesão de dois cm em sigmóide e com anatomia patológica: adenoma túbulo-viloso de alto grau. Com discreta distensão abdominal e ao toque retal uma massa arredondada intraluminal com revestimento de mucosa a seis cm da borda anal e sangue em dedo de luva. A Tomografia de abdômen confirmou o diagnóstico de intussuscepção colocolônica. Realizado videolaparoscopia e desfeito a intussuscepção entre o reto e o sigmóide por retossigmoidectomia. A patologia confirmou adenocarcinoma de reto, grau dois, linfonodos (0/59), margens livres. A paciente evoluiu bem no pós-operatório tendo alta no quarto dia.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

023 - AMPUTAÇÃO ABDÔMINO-PERINEAL VIDEO-LAPAROSCÓPICA COM DISSECÇÃO PERINEAL ALARGADA NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE RETO INFERIOR

AUGUSTO MOTTA NEIVA; ANTÔNIO LACERDA FILHO; BERNARDO HANAN; LEONARDO MACIEL DA FONSECA; MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ; RODRIGO GOMES DA SILVA

RESUMO

INTRODUÇÃO: A amputação abdômino-perineal do reto (AAP), ao contrário da ressecção anterior com preservação esfinteriana, apresenta taxas elevadas de recorrência local. Um dos principais fatores relacionados a estes altos índices seria a obtenção de margens radiais insuficientes ao nível do aparelho esfinteriano. Desta forma, tem sido proposta uma dissecção perineal mais alargada para a obtenção de peça cirúrgica adequada, de aspecto cilíndrico. Por outro lado, a vídeo-laparoscopia, já bem estabelecida no tratamento do câncer de cólon, vem ganhando espaço no tratamento radical dos tumores retais, com menor morbidade cirúrgica. **OBJETIVO:** Demonstrar a técnica de AAP vídeo-laparoscópica por câncer de reto inferior, com ênfase na

abordagem perineal mais alargada. **RESULTADOS:** São apresentados o tempo abdominal por acesso vídeo-laparoscópico e o tempo perineal com dissecação alargada nas paredes laterais da pelve e com ressecção do cóccix, nas posições de litotomia modificada e de decúbito ventral fletido (Jack-knife) com extração de peça em formato cilíndrico, sem a ocorrência de "cintura" ao nível dos esfíncteres. **CONCLUSÃO:** A necessidade de obtenção de uma peça cirúrgica adequada através da AAP implica em mudança da técnica cirúrgica, sobretudo por via perineal. O tempo abdominal pode ser realizado por via laparoscópica com todos os benefícios, a curto prazo, deste tipo de abordagem e sem qualquer comprometimento da radicalidade oncológica. Essas modificações devem configurar a "moderna AAP", que tende a ser adotada em todos os serviços de cirurgia colorretal.

Apresentação: Poster

024 - ANÁLISE DE 33 PEÇAS CIRÚRGICAS DE COLECTOMIA LAPAROSCÓPICA PARA CÂNCER DURANTE A CURVA DE APRENDIZADO: MARGENS ONCOLÓGICAS E NÚMERO DE LINFONODOS NÃO DIFEREM DE COLECTOMIAS ABERTAS

AUGUSTO MOTTA NEIVA; BERNARDO HANAN; LEONARDO MACIEL DA FONSECA; MÔNICA MARIA DEMAS ALVARES CABRAL; MAGDA MARIA PROFETA DA LUZ; ANTONIO LACERDA FILHO; RODRIGO GOMES DA SILVA

RESUMO

INTRODUÇÃO: A cirurgia colorretal laparoscópica é considerada um procedimento com longa curva de aprendizado. Apesar de cirurgiões experientes em laparoscopia apresentarem resultados oncológicos semelhantes aos de colectomias abertas, é importante avaliar se durante a curva de aprendizado estes resultados são factíveis. O objetivo deste trabalho foi avaliar as margens e o número de linfonodos dos casos iniciais de colectomias laparoscópicas, comparando-os com colectomias abertas. **MÉTODOS:** Foram avaliadas as peças cirúrgicas dos 33 primeiros casos de colectomias laparoscópicas para câncer colorretal. As seguintes variáveis foram analisadas: idade, gênero, localização do tumor, classificação anátomo-patológica, número de linfonodos e margens proximal e distal. Os dados foram comparados com grupo controle de 45 pacientes submetidos a colectomia aberta para câncer colorretal. Foram utilizados os testes estatísticos qui-quadrado, teste t de student e Mann-Whitney. **RESULTADOS:** Os grupos laparoscópico e aberto foram semelhantes em relação a idade, localização do tumor e estadiamento loco-regional. O grupo laparoscópico apresentou predominância do sexo feminino. As margens cirúrgicas distais foram semelhantes nos dois grupos [média de 7,15 cm (DP ± 9,98) e 8,26 cm (DP ± 11,5) para os grupos aberto e laparoscópico, respectivamente, p=NS]. O número de linfonodos por peça cirúrgica também não apresentou diferença entre os grupos. A média de linfonodos para o grupo aberto e laparoscópico foram 19 (DP ± 19,41) e 21 (DP ± 14,73) respectivamente, (p=NS). **CONCLUSÃO:** Não houve diferença entre as margens oncológicas e o número de linfonodos quando comparamos peças cirúrgicas de colectomias laparoscópicas durante a curva de aprendizado com peças de colectomias abertas. Apesar da dificuldade técnica comumente observada no início da experiência com colectomia laparoscópica, os critérios para ressecção oncológica podem ser preservados, sem comprometimento do tratamento cirúrgico.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

025 - OPERAÇÃO ENDOSCÓPICA TRANSANAL PARA TRATAMENTO DE TUMORES DO RETO: RELATO DE CASO

CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VÉO; ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI; MARCOS VINÍCIUS ARAÚJO DENADA; JOSÉ HUMBERTO TAVARES GUERREIRO FREGNANI

RESUMO

INTRODUÇÃO: Os tumores do reto necessitam de tratamento cirúrgico que às vezes levam à necessidade de sacrifício do aparato esfinteriano ou cursam com complicações graves como deiscência e fístulas de anastomose que podem levar a peritonites fatais. Em resposta às complicações das cirurgias mais radicais surgiu a operação endoscópica transanal (TEO) ou microcirurgia endoscópica transanal (TEM), técnica apresentada pelo Dr. Gerhard Buess, na Alemanha, no início da década de 80. Trata-se de procedimento alternativo para o tratamento endoscópico de tumores do reto em casos selecionados, evitando os inconvenientes relatados. Esse vídeo tem por objetivo divulgar essa nova técnica de cirurgia endoscópica para tratamento dos tumores do reto. **RELATO DO CASO:** O vídeo demonstra a ressecção endoscópica transanal de um tumor no reto baixo, localizado na parede lateral direita, a 5 cm da borda anal, com 3,5 cm de diâmetro, em um paciente masculino de 74 anos. Após anestesia geral e o adequado posicionamento do paciente na mesa cirúrgica (decúbito lateral direito), introduziu-se pelo ânus o retoscópio de 4 cm de diâmetro e 15 cm de comprimento, que apresenta um obturador que tem três entradas para pinças endoscópicas. Procedeu-se à introdução da óptica pelo portal específico do retoscópio, conexão da câmera e insuflação do reto com CO₂. Após a visualização da lesão na parede do reto, introduziram-se as pinças de apreensão e dissecação por dois portais. A ressecção da lesão foi realizada com margem de segurança de 1 cm empregando-se o bisturi harmônico. A dissecação estendeu-se profundamente até a gordura do mesorreto. O espécime cirúrgico foi retirado após a desconexão do obturador e o leito cirúrgico foi reparado endoscopicamente através de sutura contínua com fio de poliglactina 3.0. O estudo anatomopatológico da peça cirúrgica evidenciou adenocarcinoma de 3,5 cm, T1, com margens livres, sem invasão linfática, perineural ou vascular, grau I. O paciente foi realimentado no primeiro dia após a cirurgia e recebeu alta hospitalar no segundo dia de pós-operatório. Está em seguimento ambulatorial por oito meses, sem evidência de recidiva local ou à distância.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

026 - EXCISÃO TOTAL DO MESORRETO POR LAPAROSCÓPIA COM ANASTOMOSE COLOANAL

TEON AUGUSTO NORONHA DE OLIVEIRA; ANTÔNIO LACERDA FILHO; FÁBIO LOPES; PAULO ROCHA FRANÇA NETO

RESUMO

INTRODUÇÃO: Nos últimos anos, a técnica laparoscópica tem conquistado espaço como tratamento para o Câncer Colorretal. Entre as vantagens desta técnica sobre a cirurgia convencional, podemos apontar a menor dor pós-operatória e menor tempo de internação hospitalar. Além disso, recentes estudos sugerem equivalência do resultado oncológico entre estas duas técnicas cirúrgicas. **OBJETIVO:** Apresentar o vídeo da técnica de excisão total do mesorreto por via laparoscópica com anastomose anorretal. **PACIENTE E MÉTODOS:** Vídeo do paciente E.M.S., 45 anos, masculino, submetido a colonoscopia para propedêutica de hematoquezia que evidenciou Lesão de Crescimento Lateral em reto baixo. Após tentativa de ressecção endoscópica, houve recidiva da lesão. Nova colonoscopia evidenciou lesão túbulo-vilosa extensa que acometia dois terços da circunferência do reto e alcançava a linha pectínea. Biópsias evidenciaram focos de displasia de alto grau. Indica-

do tratamento cirúrgico e optado pela técnica laparoscópica. Realizado dissecação e ligadura da artéria e veia mesentérica, descolamento do cólon esquerdo e ângulo esplênico, excisão total do mesorreto, e anastomose coloanal. Duração da cirurgia foi de 6 horas. Paciente evoluiu bem e recebeu alta no nono dia de pós-operatório. **CONCLUSÃO:** A via laparoscópica se apresentou segura e atualmente é uma opção para a excisão total do mesorreto.

Apresentação: Poster

027 - COMPARAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE COLECTOMIA CONVENCIONAL E COLECTOMIA LAPAROSCÓPICA

TEON AUGUSTO NORONHA DE OLIVEIRA; FÁBIO LOPES; MARCELO SANTOS RESENDE; MARCELO GIUSTI WERNECK CORTES; ADRIANA CHEREMALVES

RESUMO

INTRODUÇÃO: O acesso laparoscópico está se consolidando como a principal abordagem para realização de colectomias em doenças benignas e malignas e vários estudos já avaliaram os seus benefícios clínicos e econômicos. Os benefícios a curto prazo incluem redução da dor, do íleo e da permanência hospitalar associados a melhor qualidade de vida. A longo prazo, a colectomia laparoscópica para o câncer não apresentou resultados inferiores à técnica convencional, sendo que as taxas de recorrência, sobrevida livre de doença e sobrevida total em 5 anos foram equivalentes na comparação entre os grupos. **OBJETIVO:** O objetivo deste estudo é comparar a qualidade de vida entre pacientes submetidos a colectomia laparoscópica e pacientes submetidos a colectomia convencional. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo prospectivo observacional, no qual 32 pacientes submetidos à colectomia laparoscópica (14) ou convencional (18) foram avaliados segundo sua qualidade de vida. O dados foram obtidos através do questionário de qualidade de vida da Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC) QLQ-C30, que foi aplicado no terceiro, sétimo e trigésimo dias de pós-operatório. Os dados coletados foram organizados segundo as variáveis de interesse em cada fase da análise estatística e forneceram achados relativos à evolução dos pacientes submetidos a cirurgia laparoscópica e convencional. **RESULTADOS:** A mediana do escore de dor no 3º dia para a técnica convencional foi igual a 50 e para a técnica laparoscópica foi igual a 25. Esta diferença não foi estatisticamente significativa ($U=88$; $p=0,143$). Para os escores de dor no 7º dia foi detectada diferença estatisticamente significativa ($U=61,5$; $p=0,013$). Então, podemos afirmar que a mediana do escore de dor no 7º dia para os pacientes submetidos à técnica convencional (58,3) é significativamente maior do que o escore dos pacientes da técnica laparoscópica (33,3) neste mesmo dia. A média do escore de qualidade de vida no 3º dia para a técnica convencional foi igual a 54,2 ($DP=25,0$) e para os pacientes da técnica laparoscópica foi igual a 61,3 ($DP=20,3$). Esta diferença não foi estatisticamente significativa ($t=-0,861$; $p=0,396$). Para os escores de qualidade de vida no 7º dia o valor p ficou no limite de significância devendo neste caso, por meio de bom senso, ser considerado significativo ($t=-2,025$; $p=0,052$). Portanto, podemos afirmar que a média do escore de qualidade no 7º dia para os pacientes submetidos à técnica convencional (53,2) é significativamente menor do que o escore dos pacientes da técnica laparoscópica (69,6) neste mesmo dia. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que no terceiro dia após a cirurgia os escores de dor e de qualidade são iguais nos pacientes submetidos às duas técnicas cirúrgicas. As diferenças de dor e qualidade são detectadas no sétimo dia, quando para a técnica laparoscópica a dor é menor e a qualidade é maior.

Apresentação: Poster

028 - EXPERIÊNCIA DA ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA COLORRETAL NO HOSPITAL FELÍCIO ROCHO - 2006 A 2008

TEON AUGUSTO NORONHA DE OLIVEIRA; FÁBIO LOPES; ANTÔNIO LACERDA FILLHO; PAULO CÉSAR LAMOUNIER; MARCELO GIUSTI WERNECK CORTES; VALDIVINO ALVES FILHO; ADRIANA CHEREMALVES

RESUMO

INTRODUÇÃO: A via laparoscópica tem se firmado como a principal abordagem para a realização de colectomias nas doenças colorretais. Apesar do primeiro relato de colectomia assistida por laparoscopia ter ocorrido em 1991, esta abordagem só foi consolidada pela comunidade cirúrgica após a publicação de estudos comprovando sua segurança e equivalência oncológica à colectomia convencional. Em nosso serviço, a primeira colectomia laparoscópica ocorreu em 1997 e esta modalidade representa, atualmente, a principal via para a realização de colectomias. **OBJETIVO:** Avaliar os resultados dos procedimentos laparoscópicos realizados pela Clínica de Coloproctologia no período de 2006 a 2008. **MÉTODO:** Pacientes submetidos a procedimentos laparoscópicos foram avaliados retrospectivamente. **RESULTADOS:** Um total de 126 pacientes, com idade média de 62 anos, foram avaliados retrospectivamente. Quarenta e dois pacientes foram submetidos a abaixamento de cólon (33%), trinta e dois pacientes foram submetidos à colectomia direita (25%), vinte e oito pacientes foram submetidos à retossigmoidectomias (22%), sete pacientes foram submetidos à colectomia total (5,5%), sete pacientes realizaram retopromontofixação (5,5%), cinco pacientes realizaram laparoscopia para colúrrafia ou drenagem de abscessos (3,9%), e cinco pacientes realizaram linfadenectomia retroperitoneal (3,9). A média da duração da internação foi de 6 dias. A dificuldade técnica foi a principal causa de conversão. **CONCLUSÃO:** A modalidade laparoscópica representa a principal abordagem utilizada na realização de colectomias pelo nosso serviço e apresenta resultados semelhantes aos da técnica convencional.

Apresentação: Poster

029 - PROCTOCOLECTOMIA LAPAROSCÓPICA VERSUS ABERTA NO TRATAMENTO DA COLITE ULCERATIVA E POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR

RENÉ BERINDOAGUE; EDUARD TARGARONA; CARMEN BALAGUÉ; CARMEN MARTÍNEZ; PILAR HERNÁNDEZ; JORDI GARRIGA; MANUEL TRIAS FOLCH

RESUMO

INTRODUÇÃO: A proctocolectomia é a operação de escolha para pacientes com colite ulcerosa (CU) e polipose adenomatosa familiar (PAF). O papel da laparoscopia foi inicialmente controverso devido à dificuldade técnica, alta taxa de conversão e complicações. No entanto, informes recentes têm mostrado que estas ressecções extensas são viáveis e seguras laparoscopicamente. **OBJETIVO:** Comparar os resultados da proctocolectomia laparoscópica e da proctocolectomia aberta em um grupo de pacientes portadores de colite ulcerativa ou polipose adenomatosa familiar. **MÉTODOS:** Entre janeiro de 2000 e junho de 2008, 50 proctocolectomias foram realizadas em nosso Departamento de Coloproctologia. Características dos pacientes, dados intra e pós-operatórios foram coletados. **RESULTADOS:** Onze pacientes foram operados no Departamento de Emergência e foram excluídos deste estudo. Os restantes 39 pacientes foram operados eletivamente: 24 foram tratados com cirurgia aberta e 15 pacientes foram operados por laparoscopia. Idade, sexo e IMC foram

semelhantes nos dois grupos. Diagnóstico (colite ulcerativa crônica e polipose adenomatosa familiar) e procedimento realizado (Proctocolectomia + anastomose anal e pouch ileal, Proctocolectomia + ileostomia terminal) foram equivalentes, divididos em dois grupos. Distribuição CU vs PAF foi de 27% vs 63% no grupo Lap, em comparação com 54% vs 46% no grupo aberta (ns). Um caso laparoscópico foi convertido (7%). Tempo operatório médio foi maior para o grupo laparoscópico. Morbidade pós-operatória foi igual (fístula anastomótica 15% vs 11%, abscessos pélvicos 13% vs 17%, hematoma pélvico 7% vs 4%). A mortalidade foi nula. Os pacientes do grupo laparoscópico tiveram uma recuperação pós-operatória mais rápida (retorno peristaltismo, retorno da dieta oral, tempo de hospitalização) e menos complicações com o fechamento da ileostomia (13% vs 31%). **CONCLUSÃO:** Em nosso Departamento de Coloproctologia, os resultados da proctocolectomia laparoscópica são equivalentes ao da proctocolectomia aberta no que se refere à viabilidade e segurança. Observamos uma tendência de melhores resultados na recuperação pós-operatória em curto prazo no grupo da laparoscópica, assim como menos complicações com o fechamento da ileostomia.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

030 - PROCTOCOLECTOMIA TOTAL COM RESERVATÓRIO EM J ILEOANAL NO TRATAMENTO DA COLITE ULCEROSA

RENÉ BERINDOAGUE; EDUARD TARGARONA; CARMEN BALAGUÉ; CARMEN MARTÍNEZ; PILAR HERNÁNDEZ; PILAR HERNÁNDEZ; MANUEL TRIAS FOLCH

RESUMO

A abordagem laparoscópica tornou-se tratamento padrão para ressecção segmentar do colon. Entretanto, a indicação na colectomia ampliada ou total é mais controversa, devido à complexidade técnica e duração do procedimento. Atualmente, uma melhor sistematização, melhor instrumentação e aumento da experiência em cirurgia laparoscópica do colon, assim como vantagem na menor formação de aderências, preservação da parede abdominal e um melhor conforto pós-operatório, renovou o interesse sobre esse procedimento. O objetivo deste vídeo é mostrar a sistematização da proctocolectomia após uma experiência de 22 casos retirados de uma série de 950 colectomias laparoscópicas realizadas nos últimos oito anos. Técnica cirúrgica: A: Cirurgião localizado no lado esquerdo do paciente. 1 - Ampla mobilização do cólon direito após a secção do pedículo ileocecal. 2 - Secção da extremidade distal do íleo. 3 - Abertura do omento menor separando o omento do cólon transverso. 4 - Secção do mesocolon até a flexura esplênica. B: Cirurgião à direita. 5 - Abaixamento da flexura esplênica. 6 - Mobilização do retossigmóide 7 - Dissecções do reto até o assoalho pélvico. 8 - Pfannestiel e colocação do dispositivo Dextrus (Ethicon). 9 - Secção da extremidade distal do reto com o dispositivo Contour. 10 - Exteriorização da extremidade distal do íleo e confecção da bolsa em J. 11 - Anastomose ileoanal. 12 - Ileostomia protetora.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

031 - COLECTOMIA LAPAROSCÓPICA NOVE MESES APÓS COLOCAÇÃO DE UMA PRÓTESE ENDOSCÓPICA PARA O TRATAMENTO DE OBSTRUÇÃO NEOPLÁSICA NO CÓLON ESQUERDO

RENÉ BERINDOAGUE; EDUARD TARGARONA; CARMEN BALAGUÉ; CARMEN MARTÍNEZ; PILAR HERNÁNDEZ; JORDI GARRIGA; MANUEL TRIAS FOLCH

RESUMO

O uso de próteses auto-expansivas seguida de uma colectomia laparoscópica é uma alternativa no tratamento da neoplasia oclusiva do cólon esquerdo. O período entre a inserção e a colectomia laparoscópica deve ser curto para evitar as complicações locais consequentes de sua implantação prolongada, mesmo em ocasiões em que seu posicionamento é paliativo, período este que pode ser muito prolongado. No vídeo, apresentamos uma ressecção de colon laparoscópica meses após a colocação de uma prótese endoscópica. Caso clínico: Mulher de 49 anos de idade, com diagnóstico de câncer obstructivo com metástases pulmonares e hepáticas. Colocado uma prótese paliativa que permitiu recuperar o digestivo trânsito, iniciando o tratamento QT. Nove meses depois de iniciada QT, a paciente apresentou sintomatologia subocclusiva, sendo indicada colectomia com abordagem laparoscópica. O vídeo mostra a técnica utilizada para colectomia laparoscópica, podendo ser realizada com resultado satisfatório e boa evolução pós-operatória.

Apresentação: Poster

032 - CIRURGIA LAPAROSCÓPICA DO RETO: DIFERENTES RESULTADOS EM RELAÇÃO AO SEXO?

RENÉ BERINDOAGUE; EDUARD TARGARONA; CARMEN BALAGUÉ; CARMEN MARTÍNEZ; PILAR HERNÁNDEZ; JORDI GARRIGA; MANUEL TRIAS FOLCH

RESUMO

INTRODUÇÃO: Uma clássica limitação na abordagem cirúrgica do reto é a diferença anatômica entre homens e mulheres. Na época das operações abertas, vários estudos mostraram a importância do sexo (anatomia) sobre os resultados, considerando sexo masculino como fator independente para as fístulas. Estas dificuldades são exageradas durante a abordagem laparoscópica. **OBJETIVO:** comparar os resultados imediatos após a abordagem laparoscópica para o reto segundo o sexo do paciente. **MATERIAL E MÉTODOS:** Análise prospectiva de 230 pacientes diagnosticados de câncer retal abordado por laparoscopia entre jan./98 a dez/07. Variáveis estudadas foram: idade, sexo, IMC, tempo op., tipo de ressecção (Res. Ant.- RA, RA baixa- RAB e procedimento Miles- AAP), conversão, hospitaliz., morbidade (score Dindo), reoper., mortalidade e nº de linfonodos ressecados. **RESULTADOS:** 152 masculino (m) e 78 feminino (f), idade média de 70 (69 m vs 70 f, ns), IMC médio de 25,41 (25,5 m vs 25,2 f), taxa de conversão de 28% (27,6% m vs 30% f, ns), tempo oper. de 180 min (184 m vs 167 f, p <.001), RA: 28%, RAB 38% e AAP 34%, sem diferenças entre os sexos. Média linfonodos 10, sem diferenças significativas entre sexos. Taxa reop de 8,6%, (10% f vs 7,8% m). Morbidade após RA e RAB: 11% m (6 / 56) vs 20% f (6 / 30). Mortalidade: 3 m vs 0 f. Média hospit. de 10 dias masculino vs 9 dias no feminino. **CONCLUSÃO:** A neoplasia retal no sexo masculino abordado por laparoscopia implica uma maior dificuldade, confirmado pelo maior tempo operatório. No entanto, este fator não teve impacto sobre a taxa de conversão, reoperação, morbidade ou fístulas. Consideramos que a abordagem laparoscópica pode ser oferecida com segurança para a maioria dos pacientes diagnosticados de câncer retal.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

033 - COLECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM TUMOR AVANÇADO DE COLON DIREITO

RUBENS VALARINI; GISELLI MALDOADO; ALAN PATRICK BOMBONATTO

RESUMO

Z. V. C., 84 anos. HMA:12/11/08 paciente interna por quadro de dor abdominal, alteração do hábito intestinal, emagrecimento. Exame físico: massa palpável em flanco direito. Colonoscopia de 24/10/08: aparelho introduzido até o colon transverso onde foi observada extensa lesão ulcerada, vegetante e obstrutiva que impediu a progressão do aparelho. Realizado biópsias. Diagnóstico anatomopatológico das biópsias: fragmentos de adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado, ulcerado e invasor. Estadiamento pré-operatório: tomografia de abdomen com lesão de 3 cm em lobo direito do fígado suspeita de metástase; lesão de 4,5 cm na base do pulmão direito, suspeita de metástase 15/11/08: paciente foi levada para procedimento cirúrgico videolaparoscópico. Inventário da cavidade: carcinomatose peritoneal, lesão hepática em lobo direito intra-parenquimatosa, tumor volumoso de colon direito aderido a parede abdominal. Realizado colectomia direita videolaparoscópica, retirada da peça por incisão transversa e anastomose íleo-transverso latero-lateral extra-corpórea com grameador linear 75 mm. Evolução: no 1º PO (Pós-operatório) apresentou náuseas e vômitos, evoluiu com melhora, sendo liberada dieta líquida no 4º PO com boa aceitação; evoluiu satisfatoriamente, recebendo alta no 7º PO. Mantém acompanhamento ambulatorial.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

034 - COLECTOMIA TOTAL COM ILEORRETOANASTOMOSE POR POLIPOSE COLÔNICA (PÓLIPOS HAMARTOMATOSOS) E ACHADO INTRA-OPERATÓRIO DE CIRROSE HEPÁTICA

RUBENS VALARINI; GISELLI MALDOADO; ALAN PATRICK BOMBONATTO

RESUMO

Paciente feminino 23 anos que apresentava diarreia com sangue há 1 ano (3-5 episódios diários). Relata que na época estava grávida e não procurou atendimento. Em setembro de 2008 procurou unidade de saúde onde começaram investigação. Apresentava anemia de doença crônica, endoscopia digestiva alta com H. pylori positivo sem outras alterações. Ultra som sem alterações. Encaminhada ao serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba onde foi realizado colonoscopia com presença de numerosos pólipos sésseis e pediculados em todos os segmentos colônicos. Presença de numerosos pólipos em reto superior. Reto médio e inferior com quase ausência de pólipos. Realizado polipectomia com o seguinte anatomopatológico: 1. Ileíte crônica e aguda erosiva moderada com hiperplasia folicular e linfóide associada. (Ausência de granulomas epitelióides). 2. Pólipos hamartomatosos de mucosa colônica. Apresentava perda de 10kg, história familiar negativa apesar de não conhecer o pai. Tem quatro irmãos que não apresentam sintomas e não desejam fazer investigação. Submetida a colectomia total por videolaparoscopia com inventário da cavidade mostrando fígado com cirrose hepática sem outras lesões vista pelo método. Houve preservação de reto distal com anastomose íleo-retal com retirada da peça por incisão de Pfannenstiel. Paciente apresenta boa evolução pós operatória tendo alta no sétimo dia de pós operatório.

Apresentação: Poster

035 - OPERAÇÃO ENDOSCÓPICA TRANSANAL PARA O TRATAMENTO DE TUMORES DO RETO: CASUÍSTICA DO HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS

CARLOS AUGUSTO RODRIGUES VÉO; ARMANDO GERALDO FRANCHINI MELANI; MARCOS VINÍCIUS ARAÚJO DENADA; JOSÉ HUMBERTO TAVARES GUERREIRO FREGNANI

RESUMO

INTRODUÇÃO: Os tumores do reto necessitam de tratamento cirúrgico que às vezes levam à necessidade de sacrifício do aparato esfinteriano ou cursam com complicações graves como deiscência e fístulas da anastomose que podem levar a peritonites fatais. Em resposta às complicações das cirurgias mais radicais surgiu a operação endoscópica transanal (TEO) ou microcirurgia endoscópica transanal (TEM), técnica apresentada pelo Dr. Gerhard Buess, na Alemanha, no início da década de 80. Trata-se de procedimento alternativo para o tratamento endoscópico dos tumores do reto em casos selecionados, evitando os inconvenientes relatados. **OBJETIVO:** Mostrar a experiência do Hospital de Câncer de Barretos no tratamento dos tumores do reto utilizando a técnica TEO/TEM. **MÉTODOS:** de fevereiro de 2008 a dezembro de 2008 foram operados 10 pacientes, todos sob anestesia geral. Com relação à classificação ASA, cinco eram III, quatro I e um era II. Oito pacientes apresentaram diagnóstico pré-operatório de adenocarcinoma, e dois de adenoma. Em todos os casos utilizamos um retoscópio de 4 cm de diâmetro e 15 cm de comprimento e as ressecções foram realizadas com bisturi ultrassônico. Nenhum paciente recebeu qualquer tratamento neoadjuvante. Oito ressecções foram de espessura total da parede, incluindo a gordura mesorretal, uma até a camada muscular e em uma realizamos apenas mucosectomia. A sutura do defeito foi realizada em 8 pacientes. Cinco pacientes apresentaram cirurgia prévia (3 pacientes com retossigmoidectomia, 1 com colectomia total com J pouch e 1 com ressecção endoanal de tumor do reto). A manometria pré e pós-operatória foi realizada em 7 pacientes, no exame pré 4 (57,14%) apresentaram exame normal e em 3 (42,85%) o exame indicou hipotonia esfinteriana leve. A média de idade foi de 57 anos (21 - 74 anos), o tamanho médio das lesões foi 3,3 cm (1,0 - 6,0 cm), a distância média das lesões em relação à borda anal foi de 6,1 cm (4 - 10 cm), o tempo médio de cirurgia foi de 116 minutos (65 - 180), a realimentação oral foi iniciada em média no 3º dia de pós operatório (1º - 10º dia) e o tempo médio de internação hospitalar foi de 6,5 dias (2 - 23 dias). **RESULTADOS:** Dos 4 pacientes com manometria pré-operatória normal dois apresentaram hipotonia leve após o procedimento e apenas um desses dois referiu incontinência para gases durante os esforços, que permaneceu até recentemente, um dos que apresentaram exame normal no pós operatório referiu incontinência leve até a 3ª semana e o outro não referiu alterações da continência. Os 3 com exame previamente alterados mantiveram o padrão de hipotonia no pós-operatório, mas nenhum referiu incontinência. Dos 8 pacientes que apresentaram diagnóstico pré-operatório de adenocarcinoma sete foram coincidentes com o resultado histopatológico pós-operatório (1 Tis, 2 T1, 2 T2, 2 T3) e em um não se encontrou tumor residual. Dois apresentaram diagnóstico pré-operatório de adenoma, que foram confirmados como adenomas de baixo grau no estudo anatomopatológico definitivo. Apenas um paciente apresentou comprometimento da margem lateral. Dor forte foi relatada por apenas um paciente, que necessitou de analgésico moderado (cloridrato de tramadol), os demais necessitaram apenas de analgésico venoso suave (dipirona) durante a internação. Deiscência da sutura foi observada em apenas um dos oito pacientes em que o defeito foi suturado. Sangramento anal foi observado em 3 pacientes, sendo dois auto limitados e um necessitou de reintervenção (TEO) e cauterização da mucosa da bolsa ileal. Em nenhum paciente ocorreu abscesso retal, estenose do reto ou houve necessidade de confecção de estoma. Recidiva não foi observada e apesar de cinco pacientes serem ASA III não ocorreu nenhum óbito. **CONCLUSÃO:** consideramos a TEO um procedimento seguro e de baixa morbidade, devendo ser sempre considerada como uma técnica cirúrgica alternativa no tratamento de tumores selecionados do reto.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**036 - TRATAMENTO DA FÍSTULA COLO-VESICAL ATRAVÉS DE CIRURGIA LAPAROSCÓPICA COM ASSISTÊNCIA MANUAL (HAND ASSISTED SURGERY)**

GUINES ANTUNES ALVAREZ; MONICA MAZZURANA; RODNEY FORSTER DE JESUS; JOSÉ HYPOLITO DA SILVA

RESUMO

As formas complicadas de diverticulite colônica sempre representam um desafio para cirurgia laparoscópica devido a importante modificação da anatomia local, aderência a estruturas adjacentes como ureter, alças de delgado, anexos etc. A ausência do tato, em situações como estas, representa uma dificuldade extra, aumentando as taxas de conversão. A cirurgia laparoscópica assistida com a mão (Hand assisted Surgery) oferece uma alternativa interessante aliando vantagens de ambos os métodos. O vídeo em questão demonstra o tratamento de um paciente masculino, IMC=30, com pneumatúria após crises de diverticulite. Foi utilizado preparo de cólon com manitol. Após avaliação da cavidade através de videolaparoscopia aberta, uma pequena incisão de 7 cm tipo Pfannenstiel foi realizada para colocação do portal de mão Lap-disk®. A dissecação tomou lugar com o uso de bisturi harmônico laparoscópico orientado pela mão do auxiliar introduzida através do dispositivo. O cólon sigmóide foi mobilizado e exteriorizado através do portal de mão. O reto foi fechado com grameador linear convencional introduzido pelo portal. Realizamos uma descendente-reto anastomose conforme a técnica de duplo grameamento. O paciente recebeu alta no quarto dia de pós-operatório com evolução muito favorável e sem intercorrências. Concluímos que a utilização de portal de mão é uma alternativa interessante em casos difíceis de diverticulite, podendo evitar conversões e oferecendo resultados comparáveis a cirurgia laparoscópica.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**037 - COLECTOMIA LAPAROSCÓPICA EM CASOS SELECIONADOS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA**

LORENA QUARESMA PEREIRA; LORENA CAETANO PEREIRA; RICARDO ZORRÓN

RESUMO

INTRODUÇÃO: A colectomia vídeo-laparoscópica é utilizada como tratamento de afecções benignas e malignas do cólon e reto. Em alguns casos, podemos indicar o procedimento em vigência de hemorragia digestiva do cólon em paciente estável. O diagnóstico e sítio do sangramento deve ser estabelecido previamente por colonoscopia ou arteriografia, uma vez que o diagnóstico operatório é mais difícil. **CASUÍSTICA E MÉTODOS:** O vídeo apresenta três casos de hemorragia digestiva baixa com pacientes hemodinamicamente estáveis tratados por colectomia vídeo-laparoscópica. São apresentados dois casos de colectomia esquerda, um para doença diverticular, outro para neoplasia de sigmóide. O terceiro caso é de paciente cirrótica, com hipertensão portal, com sangramento ativo por angiodisplasias de cólon direito, realizada ileo-colectomia direita. **RESULTADOS:** Levando-se em conta o principal critério para indicação da videocirurgia, que foi a estabilidade hemodinâmica em todos os pacientes, que evoluíram bem no pós operatório, sem complicações. Com acompanhamento entre 9 e 14 meses, não apresentaram novo sangramento. **CONCLUSÃO:** Parece importante nestes casos a atuação de cirurgião experiente em técnicas laparoscópicas avançadas, evitando o tempo cirúrgico prolongado e perda sangüínea,

com rápido controle dos vasos. Corroborando trabalhos experimentais recentes envolvendo o uso de videolaparoscopia terapêutica em animais em choque hipovolêmico compensado, a prévia estabilização hemodinâmica permite a colectomia de urgência sem grandes alterações pressóricas e de perfusão no paciente com hemorragia digestiva.

Apresentação: Poster**038 - HIPOGAGLIONOSE COLÔNICA EM PACIENTE COM CONSTIPAÇÃO INTESTINAL**

JOSÉ ALFREDO REIS NETO; JOSÉ ALFREDO REIS JÚNIOR; ODORINO HIDEYOSHI KAGOHARA; JOAQUIM SIMÕES NETO; SÉRGIO OLIVA BANC; LUCIANE HIANE DE OLIVEIRA; DANIELE SAITO DOS ANJOS

RESUMO**Área:
CIRURGIA GERAL****Apresentação: Tema e Vídeo livre****039 - FUNDOPLICATURA LAPAROSCÓPICA - FOLLOW-UP DE 10 ANOS**

CARLOS ANDRADE DE ALMEIDA; MARIA CONCEIÇÃO GALVÃO SAMPAIO; BRUNO DA SILVEIRA ALMEIDA; PAULO CÉSAR SOUZA FREAZA; MARCUS VINICIUS NUNES XAVIER; LÍVIA DÓREA DANTAS; VERENA RIBEIRO JUNCAL

RESUMO

Introdução: Doença do refluxo é condição de alta prevalência na população mundial. A cirurgia videolaparoscópica é considerada uma abordagem eficaz para o tratamento da dessa patologia. É importante a avaliação dos resultados a longo prazo para definição de conduta. **Objetivo:** Avaliar sintomas, complicações e grau de satisfação em pacientes submetidos a fundoplicatura laparoscópica. **Métodos:** 185 pacientes foram avaliados de Jan/1997 a Dezembro/2008 através de questionário padronizado e endoscopia. Recidiva foi definida como presença de sintomas típicos e/ou esofagite. **Resultados:** O tempo de acompanhamento variou de 2 a 130 meses, com média de $49,0 \pm 36,0$ meses. A idade média foi de $48,1 \pm 13,0$ anos, sendo 106 (57,3%) homens. Em 177 (95,7%) pacientes o motivo da cirurgia foi esofagite erosiva, sendo que 12 (6,5%) tinham Barrett e 39 (21,1%) tinham hérnia hiatal. O grau de satisfação foi considerado excelente por 157 (84,9%) pacientes. A recidiva foi observada em 27/185 (14,6%) pacientes, sendo 19/126 (15,1%) até 5 anos e 8/59 (13,6%) de 5 a 10 anos. Essa diferença não teve significância estatística ($p=0,07$). Vinte e três tiveram esofagite, sendo 16 (69,6%) no grupo até 5 anos e 7 (30,4%) de 5 a 10 anos ($p=0,02$). **Conclusão:** A fundoplicatura foi considerada um método eficaz para DRGE a longo prazo, com excelente grau de satisfação dos pacientes.

Apresentação: Poster**040 - COLECISTECTOMIA, FUNDOPLICATURA E RESSECÇÃO DE GIST POR VÍDEOLAPAROSCOPIA EM TEMPO ÚNICO. RELATO DE CASO**

PAULO DE TARSO VAZ DE OLIVEIRA; GUILHERME DE CASTRO SANTOS; PEDRO RIBEIRO DA MOTA; PAULO MARCOS VIANNA FRANCA; ALEXARA-ÚJO SIMÕES; FÁBIO LOPES QUEIROZ; EUDES ARANTES MAGALHÃES

RESUMO

OBJETIVOS: Descrever caso clínico de paciente submetida a colecistectomia, funduplicatura à Nissen-Rossetti e ressecção de GIST (Gastrointestinal Stromal Tumor) gástrico por videolaparoscopia em tempo único. **MÉTODO:** Paciente do sexo feminino, 65 anos, previamente hipertensa com histórico de colecistolitíase sintomática confirmada por ultrassonografia abdominal. DRGE (Doença do Refluxo Gastro Esofágico), sintomática, refratária ao tratamento clínico, confirmada por PHmetria e manometria esofágica. Hérnia de hiato, confirmada por esofagografia contrastada. Lesão arredondada, de aproximadamente 40 mm, contígua à parede gástrica, diagnosticada por tomografia computadorizada. Submeteu-se à laparoscopia com colecistectomia, funduplicatura à Nissen-Rossetti e gastrectomia parcial, com ressecção de lesão nodular, por meio de grameador linear endoscópico. Procedimento realizado sob anestesia geral com óptica de 30° e cinco portais cirúrgicos. O tempo dispendido na cirurgia foi de 180 minutos. A paciente recebeu alta no terceiro dia pós-operatório. **RESULTADOS:** Esofagografia contrastada pós-operatória confirmou posicionamento intra-abdominal da funduplicatura e correção da hérnia de hiato. Vesícula biliar enviada ao anátomo patológico com confirmação do diagnóstico de colecistopatia crônica. Lesão nodular apresentando neoplasia de células fusiformes, com possibilidades diagnósticas de tumor estromal gastrointestinal. Solicitado exame imunohistoquímico, que revelou positividade para anticorpos CD 117 (c-kit) e CD 34. **CONCLUSÃO:** A realização de colecistectomia, funduplicatura e ressecção de GIST por videolaparoscopia é factível em centros terciários e com profissionais qualificados.

Apresentação: Poster

041 - APENDICECTOMIA E EXÉRESE DE CISTO ANEXIAL DIREITO POR VIDEOLAPAROSCOPIA EM TEMPO ÚNICO. RELATO DE CASO

JANDER TOLEDO FERREIRA; GUILHERME DE CASTRO SANTOS; PEDRO RIBEIRO DA MOTA; VALTER GARCIA MORATO-JÚNIOR; BRENO AUGUSTO COSTA NOGUEIRA; FÁBIO LOPES QUEIROZ; EUDES ARANTES MAGALHÃES

RESUMO

OBJETIVOS: Descrever caso clínico de paciente com quadro de abdome agudo submetida à abordagem videolaparoscópica. **MÉTODO:** Paciente do sexo feminino, 60 anos, previamente hipertensa, com histórico de cisto anexial à direita em acompanhamento clínico desde 2001. Foi admitida com quadro de dor abdominal em cólica, periumbilical, com posterior migração para fossa ilíaca direita. Com aproximadamente 24 horas de evolução, associada a vômitos e lipotímia. Ao exame, apresentava abdome doloroso a palpação, principalmente em fossa ilíaca direita, sinal de Blumberg positivo, sem outros sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais com leucócitos globais de 15.400, PCR de 77, sem outras alterações. Ultrassonografia de abdome e pelve mostrava coleção cística ovalada em região anexial direita com finas septações, medindo 3,7x 3,4x 2,3cm e volume de 16cm³; apêndice não visualizado. Submeteu-se à laparoscopia diagnóstica; procedimento realizado sob anestesia geral com óptica de 30° e três portais cirúrgicos, com tempo dispendido de 90 minutos. Durante procedimento foram encontrados cisto anexial direito, além de apêndice aumentado de volume e hiperemiado. Realizada apendicectomia e exérese do cisto, ambos por videolaparoscopia. Paciente evoluiu bem, tendo alta no segundo dia pós-operatório. **RESULTADOS:** O anátomo-patológico das lesões confirmaram apendicite aguda purulenta, com áreas de necrose da mucosa, associada a periapendicite. Os cortes histológicos da lesão cística mostraram parede de tuba uterina adelgaçada com hipotrofia da mucosa, compatível com

hidrossalpinge. **CONCLUSÃO:** A abordagem dos quadros de abdome agudo por videolaparoscopia é bem indicada, principalmente naqueles casos em que há dúvida diagnóstica.

Apresentação: Poster

042 - ADRENALECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA PARA O TRATAMENTO DE PARACOCIDIOIDOMICOSE DE SUPRA-RENAL. RELATO DE CASO

JANDER TOLEDO FERREIRA; GUILHERME DE CASTRO SANTOS; PEDRO RIBEIRO DA MOTA; LUIS GONZAGA TORRES-JÚNIOR; FRANCISCO GUILHERME CANCELA PENNA; FÁBIO LOPES QUEIROZ; EUDES ARANTES MAGALHÃES

RESUMO

OBJETIVOS: Descrever caso clínico de paciente submetido à adrenalectomia videolaparoscópica com diagnóstico histopatológico de paracoccidiodomicose de supra-renal. **MÉTODO:** Paciente 67 anos, previamente hipertenso e diabético em tratamento clínico, foi admitido com história de emagrecimento involuntário, astenia, anorexia e hipotensão. Com relato paracoccidiodomicose pulmonar tratada clinicamente de forma irregular, há aproximadamente 12 anos. Exames bioquímicos revelaram redução das dosagens plasmáticas de cortisol, aldosterona e ACTH, firmando-se o diagnóstico de doença de Addison. A Tomografia Computadorizada de abdome revelou imagem hipodensa de aproximadamente 7 cm em topografia da supra-renal esquerda. Foi submetido à adrenalectomia videolaparoscópica. Procedimento realizado sob anestesia geral, com óptica de 30°, cinco portais cirúrgicos, em 140 minutos. O paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no terceiro dia pós operatório. **RESULTADOS:** A peça cirúrgica, que se apresentou com aspecto grumoso e amarelado, foi enviada ao exame anátomo-patológico. Os cortes histológicos demonstraram granuloma supurativo com células gigantes e blastóporos, com aproximadamente 30 x 95µm de diâmetro, seguidos por esporos filhos, achados sugestivos de paracoccidiodomicose. **CONCLUSÃO:** A abordagem videolaparoscópica de pacientes com suspeita clínica de paracoccidiodomicose de supra-renal é bem indicada, tanto para diagnóstico como para tratamento.

Apresentação: Poster

043 - ESÔFAGO DE BARRETT - ACOMPANHAMENTO DE LONGO PRAZO

TATIANA TURINI DA CUNHA; ANTÔNIO SÉRGIO ALVES; CLÁUDIO ALMEIDA DE OLIVEIRA; CLÁUDIO OLIVEIRA CHIARI CAMPOLINA; DIEGO PAIM CARVALHO GARCIA; JOSE LUIZ CAMPELLO DE MELLO VIANNA; MÁRIO MARCOS LUKSCHAL BARBOSA

RESUMO

INTRODUÇÃO: Barrett é a única doença reconhecidamente responsável pelo aparecimento de adenocarcinoma do esôfago. No entanto, é questionado se a cirurgia anti-refluxo causa alteração em relação à progressão da lesão existente. **OBJETIVO:** Avaliar a evolução, a médio e longo prazo, dos pacientes com esôfago de Barrett após tratamento cirúrgico pela técnica de Nissen por videolaparoscopia. **MATERIAL:** Foram estudados pacientes em médio e longo prazo com esôfago de Barrett operados no período de 1994 a 2008 através de endoscopia digestiva alta e histologia. **RESULTADO:** Nenhum dos pacientes teve progressão da lesão. **CONCLUSÃO:** Nossos resultados sugerem que a cirurgia anti-refluxo pode ser de grande valia para o paciente com diagnóstico de esôfago de Barrett.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**044 - ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA NO TRATAMENTO DE TUMORES ESTROMAIS GASTROINTESTINAIS**

MARLLUS BRAGA SOARES; RENAM C. TINOCO; AUGUSTO CLAUDIO A. TINOCO; RODRIGO DA COSTA AMIL; RICARDO BRASIL M. NUNES; JEHOVAH GUIMARÃES TAVARES; ALICE DE PAULA FALCÃO

RESUMO

INTRODUÇÃO: Os tumores estromais gastrointestinais (GIST) são originados nas células de Cajal e se caracterizam pela expressão da proteína c-Kit. Representam 80% dos tumores mesenquimais e 5% dos sarcomas, sendo o local de maior frequência o estômago (70%). A utilização da via laparoscópica em seu tratamento tem como vantagem a mínima manipulação tumoral e menor comorbidade. **METODOLOGIA:** No período de março de 2005 a janeiro de 2009, 9 pacientes foram submetidos ao tratamento laparoscópico por GIST. Destes, quatro do sexo masculino e 5 do sexo feminino com idade entre 33 e 64 anos. **RESULTADO:** Obtivemos sucesso em todas as cirurgias com resultado patológico de 1 póliplo inflamatório e 8 GISTs. Destes, sete gástricos e outro esofágico. O tempo médio de cirurgia foi de 65 minutos e o pós-operatório com média de 3 dias. Não houve complicações. **CONCLUSÃO:** A ressecção laparoscópica dos GISTs é método factível em serviços especializados em videocirurgia avançada, com tempo cirúrgico baixo e poucos dias de internação pós operatória.

Apresentação: Poster**045 - UMA ALTERNATIVA FACTÍVEL: COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA COM PORTAL ÚNICO**

CAROLINA REIS DE SOUZA MAIA; PEDRO ROMANELLI; RICARDO HISSASHI NISHIMOTO; GUILHERME AUGUSTO ALVES DO CARMO; THIAGO ANDRADE ALVES

RESUMO

A colecistectomia laparoscópica tornou-se o tratamento padrão-ouro para colelitíase sintomática. Tradicionalmente realizada através de quatro portais, cirurgias utilizando três, dois e um único portal têm sido descritas com o objetivo de minimizar o número de incisões e portais utilizados nas cirurgias laparoscópicas. Em 1996, Kalla e cols. relataram o primeiro caso de apendicectomia videolaparoscópica através de portal único transumbilical. Já a colecistectomia videolaparoscópica realizada através de acesso único foi descrita por Piskun e cols. em 1999, com a introdução de dois trocartes através de incisão umbilical única e ponto de sutura adicional para estabilização da vesícula biliar. Recentemente outros procedimentos cirúrgicos têm sido realizados utilizando técnicas de cirurgias laparoscópicas por incisão única. Algumas vantagens relacionadas à cirurgia videolaparoscópica por acesso único são menor cicatriz abdominal, menos dor incisional, recuperação pós-operatória mais rápida e menor risco de complicações inerentes aos portais, como infecção e hérnia. Já as desvantagens são a necessidade de material de custo elevado, o grau de liberdade restrito para a movimentação dos instrumentais e a proximidade existente entre eles, além da perda do pneumoperitônio durante o procedimento, o que aumenta a complexidade técnica e os desafios da cirurgia. O uso de trocartes permanentes que podem ser reesterilizados e a associação de ponto transcutâneo para melhor exposição da vesícula biliar são alternativas para a redução dos custos e diminuição da dificuldade técnica, respectivamente. Cirurgias laparoscópicas através de acesso único são consideradas exequíveis e seguras se realizadas por cirurgiões laparoscópicos experientes e com instrumental adequado. Porém mais estudos são necessários para de-

terminar se essa técnica poderia substituir a colecistectomia laparoscópica padrão-ouro.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**046 - COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA COM PORTAL ÚNICO**

CAROLINA REIS DE SOUZA MAIA; PEDRO ROMANELLI; RICARDO HISSASHI NISHIMOTO; GUILHERME AUGUSTO ALVES DO CARMO; THIAGO ANDRADE ALVES

RESUMO

A colecistectomia laparoscópica tornou-se o tratamento padrão-ouro para colelitíase sintomática. Tradicionalmente realizada através de quatro portais, cirurgias utilizando três, dois e um único portal têm sido descritas com o objetivo de minimizar o número de incisões e portais utilizados nas cirurgias laparoscópicas. Apresentamos vídeo de colecistectomia laparoscópica com portal único em paciente de 47 anos, sexo feminino, com diagnóstico de colelitíase sintomática. Hipertensa crônica apresentando controle pressórico adequado. Paciente submetida a anestesia geral e posicionada na mesa cirúrgica de forma similar a uma colecistectomia laparoscópica padrão. Realizada incisão umbilical de 2,5 cm e introduzidos três trocartes, sendo um de 10 mm e dois de 5 mm pela técnica aberta de realização de pneumoperitônio. Fixados trocartes na aponeurose abdominal. Com objetivo de melhorar a tração da vesícula biliar foi utilizado um ponto transcutâneo no hipocôndrio direito. Utilizada óptica de 30° de 4 mm e clipador de 10 mm durante a clipagem do ducto cístico e artéria cística, e, durante o restante da operação, óptica de 10 mm e pinças de apreensão não flexíveis de 5 mm. Tempo operatório de 1 hora e 30 minutos. Recuperação pós-operatória sem complicações e com alta hospitalar no 1º dia de pós-operatório. Cicatriz cirúrgica reduzida e com aspecto satisfatório.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**047 - ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA NA DIVERTICULITE DE MECKEL**

ALICE DE PAULA FALCÃO; RENAM CATHARINA TINOCO; AUGUSTO CLAUDIO TINOCO; LAURO MASSAUD CONDE; LUCAS FRAGA CORRÊA; RICARDO BRASIL M. NUNES; JEHOVAH GUIMARÃES TAVARES

RESUMO

A primeira descrição de um divertículo no intestino delgado foi em 1598, realizada por Fabricius Hildanus. Em 1809, Johann Friedrich Meckel publicou suas observações sobre a anatomia e a embriologia de um divertículo, que recebeu seu nome. O Divertículo de Meckel (DM) é considerado a anomalia congênita gastrointestinal mais comum, com prevalência que varia entre 1 a 4% da população geral e responsável por 90% dos casos de defeitos do conduto vitelínico. A maioria dos indivíduos com DM é assintomática. As manifestações clínicas, quando presentes, são variadas: hemorragia digestiva, responsável por 40-50% dos casos; quadro de obstrução intestinal em 30% e diverticulite em 20% deles. O tratamento das complicações do DM é essencialmente cirúrgico, por meio de cirurgia aberta ou laparoscópica, incluindo diverticulectomia simples ou ressecção ileal. O caso relatado é de um paciente, sexo feminino, 58 anos, com quadro de dor abdominal em região mesogástrica, associada à febre não aferida e vômitos; submetida a tratamento laparoscópico, sendo visualizado diverticulite de Meckel perfurada e bloqueada. Foi realizada diverticulectomia com Stappler linear.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**048 - TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO NA SÍNDROME DE MIRIZZI**

LETÍCIA M. MAGALHÃES; RENAM C. TINOCO; AUGUSTO CLAUDIO A. TINOCO; RICARDO BRASIL M. NUNES; MARLLUS BRAGA SOARES; ALICE DE PAULA FALCÃO; JEHOVAH GUIMARÃES TAVARES

RESUMO

INTRODUÇÃO: A síndrome de mirizzi é complicação rara da colecistolitíase de longa duração, caracterizada pelo estreitamento do ducto hepático comum devido a mecanismo de compressão e/ou inflamação por cálculos biliares impactados no infundíbulo da vesícula biliar ou no ducto cístico. **MÉTODO:** Análise retrospectiva de 8 casos tratados por laparoscopia no período de junho de 1995 a janeiro de 2009. Destes, três eram homens com média de idade de 51,8 anos. Avaliamos neste estudo, a clínica dos pacientes, os exames complementares de imagem, os achados operatórios bem como as táticas cirúrgicas, taxa de conversão e complicações operatórias. **RESULTADO:** Todos os pacientes foram abordados por laparoscopia. Em todos também foi realizada exploração da via biliar por este método. A taxa de conversão foi de 37,5% (três pacientes) principalmente por dificuldade técnica em virtude da reação cicatricial dos tecidos. O tempo médio de cirurgia foi de 105 minutos. Quatro pacientes tiveram suspeita diagnóstica no pré-operatório devido a clínica de dor abdominal e icterícia, sendo submetidos à CPRE. O tratamento cirúrgico variou entre: colecistectomia associada à coledocoduodenostomia término-lateral em 1 paciente, colecistectomia associada à coledocoplastia com dreno T em 6 pacientes e colecistectomia associada à hepaticojejunostomia em Y de Roux em outro paciente. Como complicações houve: coleção abdominal associada à sepse em 1 paciente, sepse e TEP em outro paciente que evoluiu com óbito. **CONCLUSÃO:** A laparoscopia no tratamento de Síndrome de Mirizzi ainda se constitui em um desafio aos cirurgiões, no entanto é um método seguro e eficaz.

Apresentação: Poster**049 - ESTUDO EXPERIMENTAL DE FIBROPLASIA EM PRÓTESE DE POLIPROPILENO**

LUCIANO ZOGBI DIAS; MANOEL ROBERTO MACIEL TRINDADE; ANTONIO OLIVIO VALLORIA PORTELLA; FERNANDO BOHRER PITREZ; EDUARDO NEUBARTH TRINDADE; LUISE MEURER

RESUMO

INTRODUÇÃO: O alarmante índice de recidiva após herniorrafias declinou vertiginosamente após a introdução das telas de polipropileno (Marlex) por Usher. Atualmente, são utilizadas aproximadamente 1,5 milhões de próteses por ano, no mundo, para o tratamento das hérnias. **OBJETIVO:** Estudar a fibroplasia em prótese de polipropileno. **MÉTODO:** O estudo foi realizado na Unidade de Experimentação Animal do Centro de Pesquisa do HCPA, com financiamento do FIPE. Foram inseridas próteses de Marlex na parede abdominal íntegra, anteriormente à aponeurose, de 25 ratos Wistar, pesando em média 324g. (DP28g, IC95% 312-336g). Os ratos foram divididos em 3 grupos, conforme a data da reintervenção: grupos 1, 2 e 3 em 7, 28 e 90 dias, respectivamente, quando os mesmos foram submetidos à eutanásia e as telas retiradas juntamente com todas as camadas da parede abdominal. Após preparo e emblocamento em parafina, houve o processamento das peças em hematoxilina-eosina para análise histológica e avaliação de 4 itens: neutrófilos, voltas de macrófagos, gigantócitos e linfócitos circundando os fios da ma-

lha, em 10 campos aleatórios de cada lâmina. **RESULTADOS:** Todos os ratos apresentaram favorável evolução pós-operatória, com ganho médio de peso de 9,37g; 26,0g; 78,41g, nos grupos 1, 2 e 3, respectivamente. Não houve seroma, hematoma, infecção ou óbito. A análise estatística foi realizada com o programa SPSS 13.0. Após 7 dias da inserção das telas, a média de neutrófilos por campo foi de 2,15; de macrófagos: 1,16 voltas em torno do fio; gigantócitos: 1,98 e linfócitos: 3,42. Com 28 dias, havia em média 3,43 voltas de macrófagos, 6,14 gigantócitos e 4,9 linfócitos, sem nenhum neutrófilo por campo. Aos 90 dias, observou-se 4,01 voltas de macrófagos, 8,71 gigantócitos, 5,37 linfócitos, sem neutrófilos. As diferenças foram estatisticamente significativas entre os grupos ($p < 0,05$), tanto pelo teste de Tukey quanto por Kruskal-Wallis. **CONCLUSÃO:** A fibroplasia obedece a uma seqüência de eventos celulares, tendo como destino a síntese de um novo tecido conjuntivo de reforço sobre a tela.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**050 - CISTO HEPÁTICO SIMPLES - RELATO DE DOIS CASOS**

MÁRIO MARCOS LUKSCHAL BARBOSA; ANTÔNIO SÉRGIO ALVES; CLÁUDIO ALMEIDA DE OLIVEIRA; CLÁUDIO DE OLIVEIRA CHIARI CAMPOLINA; DIEGO PAIM CARVALHO GARCIA; JOSÉ LUIZ CAMPELLO DE MELO VIANNA; TATIANA TURINI DA CUNHA

RESUMO

INTRODUÇÃO: os cistos hepáticos simples são raros, sendo encontrados entre 2,5 a 5% da população e somente 15 a 16% dos pacientes são sintomáticos. Acredita-se que a maioria possui etiologia congênita, devido a alterações nos ductos biliares intra-hepáticos. Geralmente são encontrados em mulheres acima dos 50 anos e quando sintomáticos, normalmente são inespecíficos e relacionados com o tamanho do cisto que pode comprimir estruturas próximas. O tratamento cirúrgico consiste no destelhamento da parede cística e foi inicialmente descrito por Lin e colaboradores em 1968. Já em 1991 foi descrita a técnica laparoscópica. **RELATO DE CASO:** apresenta-se o vídeo de dois pacientes submetidos ao destelhamento por videolaparoscopia. O primeiro apresentava cisto com volume de 9000 ml e no segundo caso, presente cisto em segmento hepático II, III e IV, com volume de 1000 ml à tomografia computadorizada de abdome e visível à inspecção.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**051 - ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA NAS DOENÇAS PANCREÁTICAS**

LIVIA RODRIGUES DE AGUIAR; RENAM CATHARINA TINOCO; AUGUSTO CLAUDIO DE ALMEIDA TINOCO; LEANDRO FARIA CRESPO; FABIANO DE OLIVEIRA FERNANDES; JEHOVAH GUIMARÃES TAVARES; ALICE DE PAULA FALCÃO

RESUMO

INTRODUÇÃO: A laparoscopia vem sendo utilizada cada vez mais para o tratamento e estadiamento das doenças pancreáticas. **OBJETIVO:** Relatar a experiência do Hospital São José do Avaí e os resultados na abordagem laparoscópica das doenças pancreáticas. **METODOLOGIA:** Foram revisados os prontuários dos pacientes submetidos à laparoscopia por patologias pancreáticas. **RESULTADOS:** Entre Janeiro de 1994 e Janeiro de 2009, 49 pacientes com idade entre 16 e 91 anos foram submetidos à laparoscopia por doença pancreática. Destas abordagens, 22 eram tumores de cabeça de pâncreas, 12 tumores de corpo e cauda, 06 pseudocistos, 06 pancreatites crônicas e 03 cistos. Cinquenta e dois por cento foram tratados por laparoscopia, com

04 cirurgias de Whipple, 07 pancreatetectomias corpo caudal, 02 enucleações tumorais, 07 derivações bilio-digestivas e 05 drenagens. Evitou-se laparotomia não terapêutica em 14,5% devido à doença avançada. Foram convertidos 14 pacientes. A mortalidade operatória foi de 6,25%. **CONCLUSÃO:** A abordagem laparoscópica nas doenças pancreáticas é factível e pode ser sempre utilizada nos serviços com experiência em laparoscopia avançada. No caso de doenças malignas, pode-se evitar uma laparotomia não terapêutica.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

052 - LIGADURA TORACOSCÓPICA DA PERSISTÊNCIA DO CANAL ARTERIAL

JEHOVAH GUIMARÃES TAVARES; RENAM CATHARINA TINOCO; AUGUSTO CLAUDIO DE ALMEIDA TINOCO; LAURO MASSAUD CONDE; LIVIA RODRIGUES DE AGUIAR; LUCAS FRAGA CORRÊA; MARLLUS BRAGA SOARES

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Persistência do Canal Arterial (PCA) corresponde a 10% das cardiopatias congênitas. Após 1 ano de vida somente 0,6 % fecham espontaneamente. **OBJETIVO:** Relatar a experiência do HSJA e a técnica de fechamento da PCA, destacando a simplicidade e singularidade do método. **METODOLOGIA:** Foram revisados os prontuários de 51 pacientes submetidos à ligadura toracoscópica de PCA, durante o período de Março de 1994 a Janeiro de 2009, com idade de 8 meses a 17 anos, predominando o sexo masculino. O paciente foi colocado em decúbito lateral direito, sob anestesia geral com intubação seletiva do pulmão direito. Foram usados 4 trocartes: um de 3mm no 3º espaço intercostal (EIC) esquerdo (E) na linha axilar anterior e outro trocarte de 5mm no 3º EIC E na linha axilar média. A ótica de 30 graus infantil foi introduzida em um trocarte de 3 mm no 5º EIC E na linha axilar posterior e outro trocarte de 5mm no 5º EIC E na linha axilar anterior. A identificação do canal é feita tendo como parâmetro anatômico os nervos frênicos e vago. Após isolamento, o canal é duplamente clipado ou ligado com fio de algodão. Terminado o procedimento, o pulmão é expandido sob visão direta, não havendo necessidade de drenar o tórax. **RESULTADO:** Obtivemos sucesso em 48 pacientes (94,1%). Três cirurgias foram convertidas (5,9%) e não tivemos óbito. Como complicações foram enfisema subcutâneo (1 caso), pneumotórax (1 caso) lesão do ducto (1 caso) e lesão da veia pulmonar (1 caso). O tempo médio de cirurgia foi de 30 minutos e de internação de 48 horas. **CONCLUSÃO:** Acreditamos ser um procedimento eficaz, seguro, com pequeno índice de complicações e de baixo custo operatório.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

053 - GASTRECTOMIA LAPAROSCÓPICA NO CÂNCER GÁSTRICO

JEHOVAH GUIMARÃES TAVARES; RENAM CATHARINA TINOCO; AUGUSTO CLAUDIO DE ALMEIDA TINOCO; LAURO MASSAUD CONDE; LIVIA RODRIGUES DE AGUIAR; LETÍCIA PEREIRA MAGALHÃES; ALICE DE PAULA FALCÃO

RESUMO

INTRODUÇÃO: A neoplasias gástricas, em nosso meio, é diagnosticada em estágio avançado. A abordagem laparoscópica dessas patologias tem se demonstrado segura e eficaz com resultados semelhantes à cirurgia convencional. **OBJETIVO:** Relatar a experiência do Hospital São José do Avaí, os resultados e a técnica da gastrectomia total (GT) e subtotal (GS) laparoscópica.

MÉTODO: Foram revisados os prontuários de 116 pacientes submetidos à laparoscopia com indicação de gastrectomia por câncer gástrico, durante o período de Junho de 1994 a Janeiro de 2009, com idade de 25 a 89 anos, predominando o sexo masculino. Dezesete pacientes já apresentavam metástases ou invasão de outros órgãos o que limitou o procedimento a biópsias e derivações gastrojejunais. Foi realizada gastrectomia em 85 pacientes, sendo 75 por adenocarcinoma gástrico e 10 por GIST (3 linfomas e 11 úlceras pépticas). O paciente é posicionado em decúbito dorsal, sob anestesia geral. Acesso realizado com 6 trocartes. Após o inventário é utilizado US laparoscópico para determinar extensão tumoral, presença de metástases ou invasão. Para tumores de 1/3 superior realizamos GT com reconstrução em Y de Roux e linfadenectomia D2 (curativo) ou D1 (paliativo). Tumores de 1/3 inferior realizamos GS com reconstrução em B II ou Y de Roux sendo a linfadenectomia semelhante. **RESULTADOS:** Oitenta e oito por cento dos casos foram tratados por laparoscopia, com 41 GS com reconstrução a B II, 35 GT com reconstrução em Y de Roux (1 caso associado a esplenectomia e pancreatetectomia), 8 GS com B I, 6 GS com Y de Roux e 6 gastrectomias segmentares. Evitou-se laparotomia não terapêutica em 14,6 % devido à doença avançada. Foram convertidas 7 cirurgias (6%). A mortalidade operatória foi de 4,3 % (5 casos). O tempo cirúrgico médio foi de 158 minutos. **CONCLUSÃO:** A laparoscopia no tratamento do câncer gástrico é uma opção segura e eficaz evitando laparotomias não terapêuticas em pacientes com doença avançada. Obtendo resultados semelhantes à cirurgia convencional somada todas as vantagens da cirurgia minimamente invasiva. Exige longa curva de aprendizado e custo operatório elevado.

Apresentação: Pôster

054 - EDEMA PULMONAR AGUDO APÓS COLECISTECTOMIA VIDEO LAPAROSCÓPICA

ARTUR LEONEL CARNEIRO; GUILHERME JONAS DA SILVA RIBEIRO; EDUARDO CARVALHO MEDEIROS; ALAN COSTA SOUSA; EUDESARANTES MAGALHÃES; PEDRO HENRIQUE OSÓRIO; LETÍCIA CABRAL DE SOUZA

RESUMO

F.S.G. 31a, casado, masculino. DN: 12/02/77, Submetido a colecistectomia vídeo laparoscópica em 30/08/2008. Em POI (pós-operatório imediato) com 2 horas após procedimento, evoluiu com dispnéia súbita e hipoxemia com queda da saturação sanguínea. Sem outros sintomas Realizado RX e Angio Tc de tórax: negativo para TEP (tromboembolismo pulmonar), com opacificações difusas e bilaterais em vidro fosco, predominando em regiões para hilares e lobos inferiores. Eco cardiograma: sem alterações com FEVE = 72% (Fração de ejeção do Ventrículo Esquerdo). HD: Injúria Pulmonar Leve pós CVL. Tratamento: Suporte Ventilatório não invasivo em UTI. Evolução: Melhora total dos sintomas, sem outras complicações.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

055 - COLECISTECTOMIA VÍDEOLAPAROSCÓPICA NO PACIENTE COM "SITUS INVERSUS TOTALIS"

RENAN BRITO NOGUEIRA; EDILSON BARRETO ANTUNES; CICERO SILVEIRA COSTA; VINICIUS ANTUNES MENEZES; MURILO ANTUNES CARDOSO DOS REIS

RESUMO

OBJETIVO: Discutir aspectos técnicos da colecistectomia vídeolaparoscópica no paciente com situs inversus totalis e

coletitíase. **MÉTODO:** Trata-se de uma paciente de 27 anos, feminina, negra, natural do Rio de Janeiro, casada, internada no Hospital Irmandade São João Batista. **RESULTADO:** J.R.D. procurou o serviço ambulatorial de cirurgia geral, com quadro de dor epigástrica e em hipocôndrio esquerdo, associados a náuseas e vômitos pós-prandiais. Negava febre e icterícia. Ao exame: ausculta cardíaca predominantemente em hemitórax direito e dor a palpação em hipocôndrio esquerdo. Realizado RX tórax, USG abdomen e TC de tórax e abdomen, que evidenciaram situs inversus totalis e coletitíase. A paciente foi submetida a colecistectomia videolaparoscópica sem intercorrências e recebendo alta hospitalar no dia seguinte. O cirurgião principal realizou o procedimento utilizando apenas o trocater em epigastro e o primeiro auxiliar ficou com as duas pinças de apreensão em flanco esquerdo. **CONCLUSÃO:** O situs inversus totalis é uma entidade rara, com predisposição genética e muitas vezes associadas a má formações. A videolaparoscopia nesses pacientes torna-se um desafio técnico para os cirurgiões. Porém, a videolaparoscopia constitui uma importante ferramenta para o tratamento com boa eficácia nesses pacientes, quando realizada por cirurgiões experientes.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

056 - ESOFAGECTOMIA LAPAROSCÓPICA TRANSHIATAL

LAURO MASSAUD CONDE; RENAN CATHARINA TINOCO; AUGUSTO CLÁUDIO TINOCO; LUCIANA JANENE EL-KADRE; LUCAS FRAGA CORRÊA; JOEVAH GUIMARÃES TAVARES; ALICE DE PAULA FALCÃO

RESUMO

RESUMO: A esofagectomia laparoscópica transhiatal para doença benigna ou maligna do esôfago é cirurgia complexa, associada a altas taxas de morbimortalidade. Nas últimas décadas ganhou aceitação para o tratamento do câncer de esôfago e algumas doenças benignas por evitar toracotomia, diminuindo assim as complicações associadas a essa abordagem. **OBJETIVO:** Realizar análise retrospectiva em pacientes com câncer de esôfago submetidos à esofagectomia laparoscópica transhiatal, demonstrando as complicações per e pós-operatórias, resultados imediatos e acompanhamento dos pacientes. **MÉTODOS:** De novembro 1993 a maio 2008, 83 pacientes foram submetidos a esofagectomia laparoscópica transhiatal. Destes, havia 75 casos de neoplasia maligna de esôfago. Houve predomínio do sexo masculino (81%), com média de idade de 56,5 anos. O tempo abdominal foi realizado por laparoscopia e a parte cervical de modo convencional, sendo o estômago tubulizado levado até o pescoço para anastomose pelo mediastino posterior. **RESULTADOS:** A esofagectomia transhiatal por via laparoscópica em casos de neoplasia esofágica foi iniciada em 83 pacientes. O índice de conversão foi de seis casos. A duração média da cirurgia foi de 153 minutos. A incidência de fistula cervical foi de 14,06%. **CONCLUSÃO:** A esofagectomia laparoscópica transhiatal é opção segura em centros com experiência. A morbidade é menor, com recuperação mais rápida e retorno às atividades habituais precoce. Certamente esta via de acesso deve ser considerada no tratamento das afecções do esôfago.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

057 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO DOS PACIENTES COM DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO (DRGE) SUBMETIDOS A CIRURGIA DE FUNDOPLICATURA À NISSEN

BRUNO VARGAS ANICETO; DREYFUS SILVA FABRINI; GUILHERME DE CASTRO DOS SANTOS; PEDRO RIBEIRO DA MOTA; FÁBIO LOPES DE QUEIROZ; EUDES ARANTES MAGALHÃES

RESUMO

OBJETIVOS: Avaliar a qualidade de vida de pacientes portadores de Doença do Refluxo Gastro-Esofágico (DRGE) antes e após a funduplicatura à Nissen. **MATERIAL E MÉTODOS:** Participaram do estudo 18 pacientes portadores de DRGE refratários ao tratamento clínico e que foram submetidos à cirurgia de funduplicatura à Nissen entre junho de 2006 e dezembro de 2007. Todas as cirurgias foram iniciadas por via laparoscópica. Utilizou-se como instrumento de avaliação da qualidade de vida o questionário GERD-HRQL (Gastroesophageal Reflux Disease – Health Related Quality of Life). O questionário foi aplicado aos pacientes sob supervisão do mesmo avaliador no momento da admissão hospitalar e 90 dias após a cirurgia, durante retorno ambulatorial ou através de telefone. **RESULTADOS:** Em relação ao questionário, observou-se em todas as questões uma redução estatisticamente significativa ($p < 0,05$) nas médias pós-operatórias em relação às pré-operatórias, com exceção das questões que se referem a sintomas disfágicos. As médias da soma de todas as questões no pré- e no pós-operatório foram, respectivamente, 27,1 (+6,61) e 6,61 (+2,27). A diferença entre as mesmas apresentou significância estatística ($p < 0,05$), traduzindo melhora na sintomatologia dos pacientes após o tratamento cirúrgico. **CONCLUSÃO:** A cirurgia de funduplicatura à Nissen, aberta ou laparoscópica, além de corrigir os defeitos fisiopatológicos da DRGE, provou-se capaz de proporcionar aos pacientes portadores da doença uma melhora significativa na sintomatologia e na qualidade de vida.

Apresentação: Poster

058 - ESTUDO EXPERIMENTAL DO GRAU DE RETRAÇÃO DA TELA DE POLIPROPILENO

LUCIANO ZOGBI DIAS; MANOEL ROBERTO MACIEL TRINDADE; ANTONIO OLIVIO VALLORIA PORTELLA; FERNANDO ANTONIO BOHRER PITREZ; EDUARDO NEUBARTH TRINDADE; VICTOR FELIPE DOS SANTOS TEJADA

RESUMO

INTRODUÇÃO: A abordagem videolaparoscópica para o tratamento da hérnia, com suas consagradas vantagens e difundida aceitação mundial exige, na maioria das vezes, o uso de próteses. Atualmente, são utilizadas aproximadamente 1,5 milhões de próteses por ano, independentemente da via e da técnica utilizadas. O material mais conhecido e empregado é o polipropileno (Marlex). Diversos autores descreveram algum grau de retração da tela, ocasionando desconforto e recidiva em determinados casos operados. **OBJETIVO:** Estudar a o grau de retração da prótese de polipropileno. **MÉTODO:** O estudo foi realizado na Unidade de Experimentação Animal do Centro de Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), com financiamento do FIPE. Foram inseridas telas de Marlex na parede abdominal íntegra, anteriormente à aponeurose, de 25 ratos Wistar, pesando em média 324g. (DP 28g, IC95% 312-336g). Os ratos foram divididos em grupos 1, 2 e 3, conforme a data da reintervenção em 7, 28 e 90 dias, respectivamente, quando os mesmos foram submetidos à eutanásia com câmara de CO₂. Após ampla dissecação da parede anterior, foram aferidas as dimensões das próteses para cálculo da área final. A análise estatística foi realizada com o programa SPSS 13.0. **RESULTADOS:** Todos os ratos apresentaram favorável evolução pós-operatória, com ganho médio de peso de 9,37g; 26,0g; 78,41g, nos grupos 1, 2 e 3, respectivamente. Não houve seroma, hematoma, infecção ou óbito. Após 7 dias da inserção das telas, a taxa média de retração foi de 1,75% ($p > 0,64$); em 28 dias foi de 3,75% ($p > 0,02$) e em 90 dias foi de 2,5% ($p > 0,01$). **CONCLUSÃO:** Houve retração estatisticamente significativa após 28 dias de inserção da prótese, porém abaixo do comumente reportado na literatura.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**059 - TUMOR CARCINÓIDE DE PÂNCREAS: RESSECÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA**

LUCAS FRAGA CORRÊA; RENAN C. TINOCO; AUGUSTO CLÁUDIO A. TINOCO; DANIELA M. SUETH; RICARDO BRASIL; LETÍCIA MAGALHÃES; MARLLUS SOARES

RESUMO

Tumores carcinóides têm origem nas células neuroendócrinas e foram descritos há cerca de cem anos por Lubarsch. Sua incidência gira em torno de 0.7 caso/100.000 indivíduos. A localização pancreática é rara com incidência de 0.75% dos tumores carcinóides do trato digestivo. Apresentamos o caso de um paciente masculino, 36 anos, portador de tumor carcinóide de corpo pancreático medindo 3cm, o qual foi tratado com sucesso por ressecção laparoscópica.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**060 - CIRURGIA COLORRETAL LAPAROSCÓPICA: ANÁLISE DE 232 CASOS**

LUCAS FRAGA CORRÊA; RENAN C. TINOCO; AUGUSTO CLÁUDIO A. TINOCO; LUCIANA EL-KADRE; LEANDRO F. CRESPO; FABIANO DE O. FERNANDES; JEHOVAH O. TAVARES

RESUMO

INTRODUÇÃO: A cirurgia colorretal tem sido amplamente utilizada para patologias benignas e malignas. Nas últimas décadas ganhou aceitação para o tratamento das mesmas, diminuindo complicações associadas à laparotomia. **OBJETIVO:** Realizar análise retrospectiva de pacientes portadores de patologias colorretais que foram submetidos à laparoscopia, demonstrando complicações per, pós- operatórias e resultados a médio e longo prazos. **MATERIAL, MÉTODOS, CASUÍSTICA E RESULTADOS:** De Janeiro de 1993 a Janeiro de 2009, 232 pacientes foram submetidos à cirurgia laparoscópica para tratamento de patologias colorretais. Houve predominância do sexo feminino (55%), com idade média de 52,5 anos. O tempo cirúrgico médio foi de 85 minutos, com índice de conversão de 21% e óbito de 8 pacientes. **CONCLUSÃO:** A cirurgia colorretal laparoscópica é um procedimento seguro e eficaz em centros com experiências. A morbidade é menor, com recuperação mais rápida e retorno precoce às atividades habituais. Estudos recentes apontam não haver diferença, do ponto de vista oncológico, entre as abordagens laparoscópica e convencional.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**061 - COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA POR ACESSO ÚNICO UMBILICAL: RELATO DE CASO**

BRENO DAUSTER; GABRIEL CRUZ CARNEIRO; JORGE ALBERTO DE RESCALA; ALVARO NONATO DE SOUZA

RESUMO

OBJETIVO: demonstrar a factibilidade do acesso único umbilical para a realização de colecistectomia videolaparoscópica. **SUMÁRIO:** A videocirurgia vive uma nova época de avanços, em busca de reduzir cicatrizes e morbidade tem avançado para o NOTES e também para a cirurgia com portal único. Enquanto não dispomos destes sofisticados trocartes, desenvolvemos o acesso único umbilical utilizando trocartes permanentes convencionais. Este vídeo demonstra a factibilidade do acesso, a segurança na

visualização e identificação de estruturas além do resultado estético final imediato. **DISCUSSÃO:** Os resultados reais de redução na morbidade e melhor recuperação necessitam de uma maior casuística e estudos comparativos, porém essas novas possibilidades nos preparam para uma realidade em ascensão. Os novos acessos estimulam a imaginação do que estaremos fazendo num futuro próximo e ajudam no desenvolvimento de técnicas videolaparoscópicas inovadoras.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**062 - HEPATECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA**

FÁBIO PIMENTEL MARTINS; POLÍBIO GUEDES FERREIRA LOPES; GUILHERME AUGUSTO C. LIMA; BRUNO PEREIRA VILETE; ANNAMARIA RODRIGUES ROSA

RESUMO

Os autores, apresentam em filme, o caso clínico da paciente A.L.L.R., 24 anos, portadora de massa tumoral hepática, submetida à hepatectomia videolaparoscópica. Apresentava dor abdominal discreta, porém persistente e massa móvel palpável no epigástrico. Dosagem de alfa-fetoprotéina, CEA, Ca-125 e Ca 19-9 com níveis normais. USG e TC revelaram massa de 7 cm na periferia do segmento III do fígado com área de fibrose central e cápsula nítida. Realizado laparoscopia com biópsia de massa. Teve como resultado hepatócitos com alterações reparativas sem atípicas em área de fibrose. Ausência de sinais de malignidade. Proposto então a ressecção videolaparoscópica utilizando três portais de acesso. A área de secção foi demarcada com eletrocautério e a ressecção realizada com bisturi ultrassônico, sem necessidade de abordagem hemostática do pedículo hepático. A peça removida integra através da cicatriz de cesariana prévia. A paciente evoluiu bem recebendo alta 48 horas após o procedimento. Com o advento de novos métodos de hemostasia cirúrgica foi possível abordagem videolaparoscópica de lesões hepáticas em casos selecionados.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**063 - ADRENALECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA COM TECNOLOGIA DE ULTRASSÔNICA**

FÁBIO PIMENTEL MARTINS; POLÍBIO GUEDES FERREIRA LOPES; GUILHERME AUGUSTO C. LIMA; BRUNO PEREIRA VILETE; ANTÔNIO CARLOS LOPES JUNIOR

RESUMO

Os autores apresentam em filme o caso clínico da paciente H.F.S., 46 anos, portadora de massa tumoral em supra-renal direita. O estudo metabólico revelou lesão não secretora. Os métodos de imagem mostravam nódulo ovóide de 2,7 cm na adrenal direita. Realizada adrenalectomia a direita por videolaparoscopia, utilizando de bisturi ultrassônico. O procedimento teve duração de 40 minutos e não houve sangramento per-operatório. Paciente recebeu alta 24 horas após a intervenção. Consideramos que a introdução da tecnologia ultrassônica foi um grande avanço para o desempenho técnico como método para dissecação e hemostasia em procedimentos videolaparoscópicos.

Apresentação: Poster**064 - MODELO EXPERIMENTAL DE OOFORRECTOMIA LAPAROSCÓPICA EM RATAS**

EDUARDO CAFÉ; ÉRICO NEPOMUCENO; FÁBIO QUINTILIANO

RESUMO

INTRODUÇÃO: É sabida a importância dos modelos de cirurgia laparoscópica em animais tanto para ensino e treinamento quanto para pesquisa. Apesar de a ooforectomia pela via laparoscópica ser um procedimento habitual em seres humanos, não encontramos descrições na literatura de um modelo experimental padronizando a técnica em ratas. Neste trabalho apresentamos o modelo experimental de ooforectomia laparoscópica em ratas. **MATERIAL E MÉTODOS:** Após estudo anatômico através de necropsia em ratas Wistar, realizou-se ooforectomia laparoscópica bilateral em 20 ratas Wistar, pesando entre 200 e 300 g. Os primeiros 04 animais foram utilizados para o desenvolvimento da técnica e os demais foram utilizadas para o desenvolvimento do modelo. As ratas foram submetidas a jejum pré-operatório de 12 horas e foi utilizada a anestesia intraperitoneal com solução de cetamina/xyzilazina. A dieta era liberada no pós-operatório imediato. **RESULTADOS:** A padronização da técnica seguiu os seguintes passos: insuflação da cavidade com CO₂ (8mm Hg); posicionamento dos trocartes (5mm e 11mm); dissecação, cauterização e secção do ligamento suspensor do ovário; passagem de "endoloops" na região do mesovário, seguida de secção; retirada dos ovários utilizando-se endobag; síntese das incisões operatórias. Não houve necessidade de conversão. Todos os animais sobreviveram à cirurgia, sendo o tempo médio de 98 min. Não foram observadas complicações em 24 horas. **CONCLUSÃO:** O modelo de ooforectomia laparoscópica é seguro e útil para treinamento em videolaparoscopia e pesquisa.

Apresentação: Poster**065 - HERNIORRAFIA INCISIONAL VIDEOLAPAROSCÓPICA**

PEDRO ROMANELLI; RICARDO HISSASHI NISHIMOTO; BRUNO CUNHA CHAMONE; FLÁVIO AMARO OLIVEIRA BITAR SILVA; WALDEMAR CHAVES NASCIMENTO BRANDÃO PENNA; CAROLINA REIS DE SOUZA MAIA

RESUMO

A hernia incisional é uma complicação tardia de cirurgias abdominais laparotômicas, com incidência que varia entre 2 e 11%. Várias foram as técnicas desenvolvidas para seu reparo, desde o fechamento primário do defeito, passando pelo imbricamento das camadas da parede abdominal até o uso de próteses (telas) suturadas nas bordas do orifício herniário. Todavia, os índices de recidiva mantinham-se elevados, variando de 25 a 52%, o que instigava o desenvolvimento de novas técnicas de reparo das hérnias incisionais. Em 1989, Stoppa desenvolveu uma técnica de reparo que utilizava também as telas de material sintético, todavia, em posição diferente das preconizadas até o momento. Com a implantação da tela anteriormente a bainha posterior da aponeurose do músculo reto abdominal Stoppa conseguiu taxas de recidiva de 14 a 18%. O crescente interesse em cirurgia minimamente invasiva proporcionou o estudo e desenvolvimento de materiais que possibilitaram a introdução do acesso videoendoscópico no arsenal de tratamento das hérnias incisionais. O tratamento da hérnia incisional por via videoendoscópica vem ganhando espaço entre os cirurgiões, desde sua introdução, em 1992. Trabalhos recentes evidenciam a viabilidade do método e enfatizam suas vantagens no que diz respeito a melhor visualização do conteúdo herniário e dos defeitos na parede abdominal. Acrescenta-se a possibilidade de reparo herniário realmente sem tensão na parede abdominal. Durante o ano de 2008, 2 pacientes foram submetidos ao reparo videoendoscópico de hérnias incisionais em nosso serviço. Utilizamos em um dos casos a fixação transparietal de tela de polipropileno seguida de cobertura peritoneal da face visceral da tela. No segundo caso utilizamos a tela de PTFE, com fixação transparietal. Ambos os pacientes evoluíram muito bem no pós-operatório imediato e no pós-operatório tardio, beneficiando-se

da abordagem minimamente invasiva. O objetivo da apresentação desse Tema Livre é apresentar os casos realizados no serviço e discutir um tema relativamente novo em videocirurgia, que vem ganhando força junto aos cirurgiões.

Apresentação: Poster**066 - HERNIOPLASTIA INCISIONAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA - SÉRIE DE CASOS DE UM SERVIÇO PÚBLICO-PRIVADO EM PORTO ALEGRE**

MIGUEL PRESTES NACUL; GUILHERME BEHREND SILVA RIBEIRO; JAQUELINE BEHREND SILVA; LAURA MOSCHETTI

RESUMO

O reparo convencional de hérnias incisionais de grande porte está associado a significativa morbidade pós-operatória. Os autores descrevem a técnica empregada e apresentam sua experiência com a correção de 44 hérnias incisionais de médio ou grande porte da parede abdominal por videolaparoscopia. Em um período de 12 anos, foram operados 19 homens e 25 mulheres. O tempo cirúrgico médio foi de 105 minutos. Em todos os casos foi colocada tela de marlex intra-peritoneal fixada por suturas de polipropileno transparietais fixadas na aponeurose anterior. Drenos não foram utilizados. Houve somente um caso de conversão para técnica aberta. Todos os pacientes receberam alta hospitalar em até 72 horas após a cirurgia, com apenas uma exceção. Complicações peri-operatórias ocorreram em 6 casos. Houve 1 óbito. Não houve recidiva até o presente momento. Concluímos que a hernioplastia incisional por videolaparoscopia é um excelente opção para o tratamento das hérnias incisionais complexas, com morbidade aceitável.

Apresentação: Poster**067 - ALTERNATIVAS TÉCNICAS HETERODOXAS NA HERNIOPLASTIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCÓPICA**

MIGUEL PRESTES NACUL; MAURO DE SOUZA SIEBERT JR.; EDUARDO DIPP DE BARROS; JAQUELINE BEHREND SILVA; GUILHERME AREND PESCE; LAURA MOSCHETTI; GUILHERME BEHREND SILVA RIBEIRO

RESUMO

OBJETIVOS: Os autores apresentam alternativas técnicas para hernioplastia inguinal videolaparoscópica visando redução de custos, simplificação técnica, mantendo os bons resultados. **METODOLOGIA:** São apresentadas alternativas técnicas para hernioplastia inguinal TAPP: pontos transparietais em substituição ao grampeamento para fixação da tela e o fechamento peritoneal por aposição simples; e para hernioplastia inguinal TEP: utilização de diferentes tipos de sistemas para confecção do espaço pré-peritoneal e a não fixação da tela. **RESULTADOS:** Em um período de 11 anos, foram tratadas 526 hérnias inguinais por videolaparoscopia. O fechamento peritoneal por aposição simples tem sido utilizado em quase todas as hernioplastias operadas por técnica TAPP sem complicações maiores. O uso de pontos transparietais tem sido utilizado como alternativa a falta ou economia de grampos. Já o uso de balão de látex confeccionado com dedo de luva cirúrgica para a confecção do espaço pré-peritoneal na hernioplastia inguinal TEP é usado como alternativa ao eficiente, porém caro, trocater-balão, com resultado aceitável na dissecação do espaço pré-peritoneal. A não-fixação da tela nesta técnica busca diminuir custos, sem prejuízo ao resultado do procedimento. **CONCLUSÃO:** Os autores oferecem alternativas técnicas no sentido de suprir eventuais dificuldades de material ou buscando a diminuição de custos, com bons resultados e simplicidade de reprodução técnica.

Apresentação: Poster**068 - HERNIOPLASTIA VÍDEO-ENDOSCÓPICA: TÉCNICA EXTRAPERITONEAL - SÉRIE DE CASOS DE UM SERVIÇO PÚBLICO-PRIVADO EM PORTO ALEGRE**

MIGUEL PRESTES NACUL; MAURO DE SOUZA SIEBERT JR.; EDUARDO DIPP DE BARROS; JAQUELINE BEHREND SILVA; GUILHERME AREND PESCE; GUILHERME BEHREND SILVA RIBEIRO; LAURA MOSCHETTI

RESUMO

OBJETIVOS: Os autores analisam a sua experiência na abordagem da hérnia inguinal pela técnica extra-peritoneal (TEP). **METODOLOGIA:** A casuística geral do Serviço de Cirurgia Videolaparoscópica do Hospital Parque Belém, em Porto Alegre, RS, e da clínica privada dos autores foi retrospectivamente analisada do período de agosto de 2000 a julho de 2008. **RESULTADOS:** No período analisado foram realizadas 106 hernioplastias extraperitoneais (TEP), em 97 pacientes. Destes pacientes, 9 tinham hérnias bilaterais. A média de idade foi de 47 anos, sendo 87% do sexo masculino. O tempo cirúrgico mediano foi de 30 minutos. Os achados transoperatórios foram: hérnia inguinal indireta (57%, n=61, sendo duas recidivadas e 4 bilaterais), hérnia inguinal direta (25%, n=27, sendo duas recidivadas e duas bilaterais), hérnia femoral (8%, n=9) e hérnia mista (8%, n=9, sendo 3 bilaterais). Houve 3 conversões para TAPP. Das complicações pós-operatórias, houve uma sufusão hemorrágica, uma orquite e uma lesão de deferente. Houve apenas uma recidiva diagnosticada. **CONCLUSÃO:** A hernioplastia TEP associa as vantagens da videolaparoscopia àquelas inerentes ao não-acesso da cavidade peritoneal, como diminuição da chance de injúria a órgãos intra-abdominais e de obstrução intestinal por formação de bridas ou de hérnias no sítio de inserção do trocar, sendo, portanto, uma opção interessante no tratamento das hérnias inguinais.

Apresentação: Poster**069 - EXPERIÊNCIA INICIAL DE DESENVOLVIMENTO DE MODELO EXPERIMENTAL PARA APLICAÇÃO DO NOTES**

MIGUEL PRESTES NACUL; IDÍLIO ZAMIM JR.; JOSÉ INÁCIO SANSEVERINO; CARLOS AFONSO BECK; FABIANA SCHIOCHET; GUILHERME BEHREND SILVA RIBEIRO; LAURA MOSCHETTI

RESUMO

INTRODUÇÃO: O advento da Cirurgia Videolaparoscópica tem alcançado não apenas na Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo, como também nas demais especialidades cirúrgicas. O desenvolvimento tecnológico com repercussão na qualidade e variedade cada vez maior de equipamentos e instrumentais, assim como o desenvolvimento técnico dos cirurgiões, determinou uma evolução muito rápida do método, que hoje é altamente especializado. Também na área da endoscopia os últimos anos mostraram uma mudança dos paradigmas de uma ferramenta eminentemente diagnóstica em direção a um sofisticado método cirúrgico para a abordagem não somente do aparelho digestório, mas também da cavidade peritoneal e torácica. O NOTES (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery) é uma extensão da capacidade da endoscopia flexível para acessar órgãos fora da luz intestinal com objetivo diagnóstico e terapêutico, incluindo a realização de procedimentos cirúrgicos como ligadura tubária, ooforectomia, histerectomia parcial, gastrojejunostomia, apendicectomia, colecistectomia, esplenectomia e linfadenectomia. Os autores analisam a sua experiência inicial com o desenvolvimento do NOTES em modelo experimental. **METODOLOGIA:** Avaliamos a experiência do desenvolvimento do NOTES em modelo experimental em suínos e caninos, criado em parceria com o Hospital de Clíni-

cas Veterinárias da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), no qual o cirurgião e o endoscopista trabalham sempre em conjunto em estudos agudos. **RESULTADOS:** Foram realizados seis procedimentos que visaram basicamente a orientação espacial e o desenvolvimento de técnicas para resolução dos problemas básicos da técnica. Videolaparoscopia diagnóstica, colecistectomia e biópsia hepáticas foram realizadas sempre com a utilização de apoio laparoscópico. **CONCLUSÃO:** Mesmo ainda em fase experimental, apesar da publicação de alguns casos realizados em humanos, NOTES promete completar a evolução da cirurgia aberta à laparoscopia em direção a cirurgia sem cicatriz facilitando a recuperação do paciente, reduzindo a necessidade de anestesia, uso de analgésicos e melhorando o resultado cosmético. Assim, a aceitação dos pacientes para estes procedimentos pode ser ainda maior, o que justificaria o investimento de tornar este procedimento efetivo e seguro para ser acrescentado ao armamentário do cirurgião abdominal. A criação de um projeto que envolva estas duas áreas objetiva desenvolver o método em nível experimental, no sentido de avaliar o seu potencial para uso em pacientes humanos.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**070 - EXPLORAÇÃO LAPAROSCÓPICA DA VIA BILIAR PRINCIPAL: EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ**

LEANDRO DUTRA PERES; RENAM CATHARINA TINOCO; AUGUSTO CLÁUDIO TINOCO; LUCIANA EL-KADRE; LUCAS FRAGA

RESUMO

INTRODUÇÃO: Colecistectomia laparoscópica é considerada padrão ouro para tratamento da colecistolitíase. A litíase da via biliar principal é a uma complicação freqüente da colecistolitíase e seu tratamento vem sofrendo profundas mudanças nas últimas décadas. **OBJETIVO:** Reportar nossa experiência com a exploração laparoscópica da via biliar principal, focando aspectos técnicos e demonstrando sua viabilidade a curto e médio prazo. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Foi realizada uma análise retrospectiva dos pacientes submetidos à colecistectomia e à exploração da via biliar principal por laparoscopia de setembro de 1991 a dezembro de 2008. **RESULTADOS:** A colecistectomia laparoscópica foi reallizada em 5821 pacientes e a colangiografia intraoperatória em 84,64% destes pacientes. A exploração da via biliar principal foi realizada em 540 pacientes (9,27%) por diferentes abordagens técnicas. A duração média do procedimento foi de 71,39 minutos. A taxa de sucesso do clareamento foi de 97,30%. **CONCLUSÃO:** Além das conhecidas vantagens do método minimamente invasivo, a exploração laparoscópica da via biliar principal é um método factível, que utiliza uma associação de técnicas com equipamentos especiais capazes de alcançar altos índices no clareamento da VBP, através de um único procedimento, com morbi-mortalidade aceitáveis.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**071 - DIVERTICULO DE JEJUNO PERFURADO: RESSECÇÃO VIDEO-ASSISTIDA**

SATURNINO RIBEIRO DO NASCIMENTO NETO; ALCIDES JOSE BRANCO FILHO; WILLIAN KONDO; ANIBAL WOOD BRANCO; MARLON RANGEL; WILSON LUIS ERZINGER; JARBAS VALENTE

RESUMO

INTRODUÇÃO: Os Divertículos de intestino Delgado (DID) são entidades raras com incidência de 0,1 a 1,4 % de séries de autopsias.

São mais comuns no jejuno e são classificados como divertículos falsos. As complicações agudas tais como obstrução intestinal, hemorragia e perfuração podem ocorrer mas são infrequentes. **MÉTODO:** Relato de caso de Francisca 84 anos, submetida a laparoscopia exploradora em virtude de abdome agudo supostamente inflamatório; paciente estável hemodinamicamente confecção do pneumoperitoneo por punção e acesso à cavidade com 3 portais; No inventário da cavidade foi observado divertículo jejunal inflamado e perfurado 20 cm distal ao treitz; foi então procedida a ressecção vídeo-assistida do segmento jejunal acometido. **RESULTADO:** A paciente apresentou evolução favorável recebendo alta hospitalar no 6º dia pos-operatório. **CONCLUSÃO:** O DID são geralmente encontrados acidentalmente em laparotomias e/ou laparoscopias exploradoras ou durante seriografias do trato gastrointestinal. Geralmente acometem faixa etária mais elevada e sua principal apresentação é a forma crônica.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

072 - TRATAMENTO TOTALMENTE LAPAROSCÓPICO DA COLEDOCOLITIASE

SATURNINO RIBEIRO DO NASCIMENTO NETO; ALCIDES JOSE BRANCO; WILLIAN KONDO; ANIBAL WOOD BRANCO; RAFAEL WILIAN NODA; WILSON LUIS ERZINGER; MARLON RANGEL

RESUMO

INTRODUÇÃO: A coledocolitíase é uma condição benigna que ocorre entre 8 e 20% dos doentes com colelitíase sintomática. Este achado leva à necessidade de intervenção na via biliar principal, que poderá ser endoscópica ou cirúrgica. Além disso, esta incidência é dependente da idade do paciente, podendo chegar a um terço dos pacientes com colelitíase e mais de 80 anos de idade. Por este motivo, é de suma importância o seu reconhecimento intra-operatório, que pode ser feito através de colangiografia realizada rotineiramente. **MÉTODO:** Relato de caso de paciente com diagnóstico pré-operatório de coledocolitíase. Este apresentava via biliar principal de 7 mm ao Ultrassom. Foi realizada colangiografia per-operatória que confirma o diagnóstico bem como clareamento da Via biliar principal após introdução de Basket transcístico e lavagem abundante com solução fisiológica. A colangiografia per-operatória de controle mostrou passagem livre de contraste para tubo gastrointestinal, sem imagem sugestiva de cálculo residual. **RESULTADO:** A paciente apresentou evolução favorável recebendo alta hospitalar no 2º dia pos-operatório. O controle ambulatorial 30º DPO foi feito com exames laboratoriais bem como exames de imagem que confirmam o clareamento da via biliar principal. **CONCLUSÃO:** No atual estágio da cirurgia videolaparoscópica, o tratamento totalmente laparoscópico da coledocolitíase é factível na maioria dos pacientes.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

073 - COLEDOCODUODENOSTOMIA LAPAROSCÓPICA

SATURNINO RIBEIRO DO NASCIMENTO NETO; ALCIDES JOSE BRANCO; WILLIAN KONDO; ANIBAL WOOD BRANCO; MARLON RANGEL; WILSON ERZINGER; RAFAEL WILIAN NODA

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Colédocoduodenostomia (CD) foi realizada pela primeira vez por Riedel em 1888 (por via aberta), tendo a paciente falecido nove horas depois, por conta de vazamento da anastomose e com litíase residual de colédoco. Em 1890 Sprengel

publicou a primeira CD com êxito. Em 1970, Madden fez uma publicação com um número substancial (1.255 casos) de anastomose coledocoduodenal por via aberta com um índice de 0,4% de colangite e 8% de mortalidade. A primeira CD por laparoscopia foi realizada por Franklin em 1991, para tratamento de uma estenose benigna recorrente.⁵ O primeiro trabalho sobre a realização deste procedimento na literatura internacional, no entanto, foi de Rhodes,⁶ em 1996, embora haja publicação nacional anterior de Tinoco referindo realização deste mesmo procedimento em dois casos. **MÉTODO:** Apresentação de vídeo em paciente com diagnóstico pré-operatório de coledocolitíase. Esta apresentava imagem compatível com cálculo em colédoco distal à tomografia bem como dilatação maior que 2 cm da via biliar principal. A paciente havia sido submetida a esôfago-gastrectomia para tratamento de câncer de terço distal do esôfago há 13 anos com reconstrução em Y-de-Roux. **RESULTADO:** Paciente submetida a CD terminolateral em plano único de PDS 000. Evolução favorável tendo recebido alta hospitalar no 8 DPO. O acompanhamento ambulatorial demonstra paciente em bom estado geral, anictérica. **CONCLUSÃO:** A evolução da cirurgia laparoscópica vem permitindo a realização de cirurgias mais complexas, por esta via de acesso, mantendo as vantagens da mini-invasão. Para a confecção da CD por laparoscopia é necessária, não somente uma estrutura adequada, como também, uma equipe treinada e capacitada a realizar procedimentos avançados e sutura intra-corpórea por laparoscopia, já que ainda não existem grameadores adequados à sutura biliodigestiva.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

074 - GASTROPLASTIA REDUTORA EM Y-DE-ROUX EM OBESO MÓRBIDO COM FUNDOPLICATURA PREVIA

ALCIDES JOSE BRANCO FILHO; SATURNINO RIBEIRO DO NASCIMENTO NETO; WILLIAN KONDO; ANIBAL WOOD BRANCO; RAFAEL WILIAN NODA; MARLON RANGEL; WILSON LUIS ERZINGER

RESUMO

INTRODUÇÃO: A incidência de doença do refluxo em pacientes obesos mórbidos. Mais de 50% dos pacientes submetidos a gastroplastia redutora em Y-de-ROUX apresentam clínica de DRGE. Estes pacientes apresentam uma maior taxa de recidiva após procedimentos de funduplicatura. **MÉTODO:** Apresentação de vídeo de By-pass laparoscópico realizado em paciente com funduplicatura tipo Nissen prévia. **RESULTADO:** Paciente com evolução favorável recebendo alta hospitalar no 3 DPO; O controle ambulatorial demonstra cura da DRGE. **CONCLUSÃO:** Evidências crescentes mostram que GRYR é o procedimento de escolha para o tratamento da DRGE no pacientes com obesidade mórbida. No entanto, a reversão de casos já operados deve ser realizada por equipes treinadas, proporcionando desta maneira os benefícios da cirurgia minimamente invasiva.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

075 - CORREÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA DA HÉRNIA DE HIATO COM TELA DE PTFE

RODRIGO ROMUALDO PEREIRA; EUDES ARANTES MAGALHÃES; ALEX ARAÚJO SIMÕES; BRENO AUGUSTO COSTA NOGUEIRA; PAULO MARCUS VIANNA FRANCA; PEDRO RIBEIRO DA MOTA

RESUMO

A hérnia de hiato tem sido realizada com sucesso através de técnica laparoscópica desde 1991, consistindo procedimento seguro e com bons resultados a médio e longo prazo. A técnica

cirúrgica tradicional fundamenta-se no fechamento do hiato e a confecção de válvula utilizando-se o fundo gástrico para impedir o refluxo. A grande vantagem do tratamento por videolaparoscopia é a menor agressividade cirúrgica, com menor tempo de internação hospitalar, menor dor no pós-operatório e menor tempo de afastamento das atividades habituais. O insucesso do tratamento cirúrgico da hérnia do hiato tradicional é em média de 0,9% em 10 anos, de acordo com literatura nacional e internacional. O grande desafio da abordagem laparoscópica das hérnias hiatais encontra-se nos casos de lesões volumosas, com grandes defeitos do hiato esofágico. Nestas situações, o reparo cirúrgico utilizando uma tela de PTFE pode ser implementado. O vídeo em questão visa relatar caso clínico e demonstrar abordagem cirúrgica videolaparoscópica para reconstrução do hiato esofágico diafragmático em paciente do sexo feminino, 50 anos, portadora de hérnia hiatal, utilizando tela de PTFE como reforço anatômico. O caso apresentado, realizado no serviço de Cirurgia Geral do Hospital Governador Israel Pinheiro/IPSEMG, aborda ainda os resultados de seguimento clínico da paciente em pós-operatório a médio e longo prazo.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

076 - ESPLENECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA - EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO/IPSEMG E O USO DO CLIPE COM TRAVA DE SEGURANÇA

RODRIGO ROMUALDO PEREIRA; EUDES ARANTES MAGALHÃES; ALEX ARAÚJO SIMÕES; BRENO AUGUSTO COSTA NOGUEIRA; PAULO MARCUS VIANNA FRANCA; VALTER GARCIA MORATO JÚNIOR

RESUMO

A esplenectomia é o tratamento de escolha para uma série de doenças hematológicas benignas, bem como algumas doenças malignas específicas do baço. O primeiro caso de esplenectomia laparoscópica foi realizado por Delaitre e Maignien em 1991. A exemplo da colecistectomia e da cirurgia anti-refluxo, o acesso laparoscópico para a esplenectomia resulta em menor dor pós-operatória e menor alteração da função pulmonar, redução da permanência hospitalar e retorno precoce às atividades tornando a esplenectomia laparoscópica o procedimento de escolha para a esplenectomia eletiva. O vídeo descrito tem como objetivo apresentar relato de caso clínico e descrição operatória de esplenectomia laparoscópica, realizada no serviço de Cirurgia Geral do Hospital Governador Israel Pinheiro/IPSEMG, em paciente do sexo feminino, 14 anos, para tratamento de quadro de esferocitose, além de relatar casuística do serviço na abordagem cirúrgica do baço por videolaparoscopia. O vídeo abordará ainda a técnica do uso de clipe com trava de segurança para ligadura dos vasos esplênicos.

Apresentação: Poster

077 - COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA PRÉ E PÓS-OPERATÓRIA

LEONARDO NOGUEIRA MENDES; EUDES ARANTES MAGALHÃES; FÁBIO LOPES DE QUEIROZ; ALEX ARAÚJO SIMÕES; BRENO AUGUSTO COSTA NOGUEIRA; FERNANDA NOGUEIRA MENDES

RESUMO

Considerada uma das doenças mais frequentes da população mundial, a colecistolitíase (CCL) apresenta incidência diretamente relacionada à idade. Nos últimos anos, com o advento da ultrassonografia e da colecistectomia videolaparoscópica (CVL),

houve um aumento significativo no diagnóstico e grande avanço ao tratamento. Em contrapartida, começaram questionamentos acerca da extensão da CVL para além das indicações clássicas de colecistectomia. Estudos mostraram que aproximadamente 70% de pacientes assintomáticos (aqueles que não tinham dor biliar, abrangendo indivíduos sem sintoma algum e aqueles com outros sintomas gastrointestinais) vão apresentar melhora significativa da qualidade de vida quando submetidos à CVL e este incremento é comparável ao dos pacientes sintomáticos. Com o objetivo de medir a qualidade de vida dos pacientes com algum sintoma gastrointestinal que não o de dor biliar, foi realizado um estudo incluindo 36 pacientes candidatos a CVL atendidos no HGIP/IPSEMG entre dezembro 2007 e julho de 2008 com acompanhamento prospectivo, e dividido em grupo sintomático e grupo com sintomas inespecíficos, sendo então comparados em relação à qualidade de vida através do "Gastrointestinal Quality of Life Index" (GIQLI). Não houve diferença significativa entre os 2 grupos em nenhum dos 3 períodos. O grupo sintomático apresentou uma melhora da qualidade de vida maior, que começou desde o pós-operatório imediato (mais expressivo nesse período) e que manteve melhorando até o 6º mês. Dividimos e comparamos também, nessa mesma amostra, outras variáveis independentes como o início, a frequência e tempo desde o último sintoma, sendo que nenhum destes alterou a qualidade de vida no pós-operatório de CVL.

Apresentação: Poster

078 - INTRAGASTRIC BALLOONS ARE EFFECTIVE FOR THE WEIGHT CONTROL IN NON OBESE PATIENTS.

CAMILA ROCHA DA CRUZ; GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; CARLOS EDUARDO MORAES; PEDRO PAULO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE; JOSÉ SÉRGIO N SILVA; RAPHAEL DE MACEDO CAVALCANTI COELHO; REBECA GONÇALVES ROCHA

RESUMO

BACKGROUND: Many clinical treatments have been attempted for weight reduction in overweight patients, body mass index (BMI) below 30, most commonly medically treated with Orlistat®, Sibutramine® and more recently with Rimobant®, all presenting gastrointestinal, circulatory, metabolic or psychological side effects which are sometimes severe. Recent Silicone intragastric balloons (SIB) clinical trials have used overweight patients as part of their population, proving the safe usage of SIBs in non obese patients. So far, a study reporting the treatment with SIB only in overweight non obese patients is not yet published. **OBJECTIVE:** To present the SIB treatment results in overweight patients. **METHOD:** From June 2006 to January 2009, 254 patients were submitted to the treatment with the Silimed® Gastric Balloon, in two different centers. Of those, 45 were selected for this study for presenting BMI < 30. **RESULTS:** All balloons were placed and retrieved by office endoscopy, safely and effectively in all the cases. General anesthesia was not needed. All patients left the outpatient clinic in less than 1 hour. The patients mean age was 41.6 (16-67) years-old, initial weights and BMI were 76.4±9.9 (58.0-100.2) kg and 27.8±1.6 (22.8-29.9) kg/m². For the 21 patients who had completed the 6-month treatment, the results in weight loss and final BMI were 9.6±4.2 (19.7-0.4) kg and 24.9±1.7 (21.9-27.8) kg/m². Five patients (12.8%) had episodes of severe vomiting and opted to stop the treatment. One patient (2.6%) had insufficient weight loss. 58.9% of the patients complained of nausea in the first days of treatment. One balloon spontaneously deflated during the treatment and was removed uneventfully by office endoscopy. **CONCLUSIONS:** Preliminary data suggest that the SIB procedure is a safe and effective alternative to the medical treatment of weight control in non obese patients with appropriate indication of use.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**079 - NEEDLESCOPIC CLIPLESS CHOLECYSTECTOMY AS AN EFFICIENT, SAFE AND COST-EFFECTIVE ALTERNATIVE TO N.O.T.E.S. COSMETIC RESULTS - THE FIRST 1000 CASES - WHAT WE HAVE LEARNED?**

JOSÉ SÉRGIO NASCIMENTO SILVA; GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; FREDERICO W. SILVA; CAMILA ROCHA DA CRUZ; PEDRO PAULO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE; RAPHAEL DE MACEDO CAVALCANTI COELHO; CLÁUDIO M. LACERDA

RESUMO

BACKGROUND: The advent of NOTES, surgery without skin scarring, is now challenging every surgeon to improve the esthetic results for patients. Minilaparoscopic cholecystectomy (MLC) represents a refinement in laparoscopic surgery, potentially as cosmetically effective as NOTES. Nevertheless, because of the increased cost and difficulty in managing the equipment, it has not been widely accepted among surgeons. **OBJECTIVE:** To report modifications of the minilaparoscopic technique that make it possible to conduct minilap procedures safely and effectively, thereby considerably reducing costs and promoting the dissemination of this operation. **METHOD:** 1000 consecutive patients who underwent minilaparoscopic cholecystectomy (MLC) were analyzed, from January 2000 to January 2009 (78.8% women; average age 46.6 years). Surgical technique: After performing the pneumoperitoneum at the umbilical site, four trocars were inserted; two of 2-mm, one of 3-mm and one of 10-mm in diameter, through which a laparoscope was inserted. Neither the 3-mm laparoscope, nor clips, nor manufactured endobags were used. The cystic artery was safely sealed by electrocautery near the gallbladder neck and the cystic duct was sealed with surgical knots. Removal of the gallbladder was carried out, in an adapted bag made with a glove wrist, through the 10-mm umbilical site. **RESULTS:** The operative time was 43 min. The average hospital stay was 16 hours. There was no conversion to open surgery; 3.1% of patients underwent conversion to standard (5-mm) laparoscopic cholecystectomy (LC) because of difficulties with the procedure; there were 2.1% minor umbilical site infections and 1.0% umbilical herniations. There was no mortality, no bowel injury, one laparoscopic reoperation for suturing a Bile Duct of Luschka, no common bile duct injury, and no postoperative hemorrhage. **CONCLUSION:** The MLC technique shows no differences in risks as compared to other lap-chole procedures. It also entails a considerable reduction in cost, and, as it does not use the 3-mm laparoscope or disposable materials, it is possible to perform MLC on a larger number of patients. Owing to the near invisibility of scars MLC may also be considered as cosmetically effective as NOTES.

Apresentação: Poster**080 - EFFECTIVE REVERTION OF ACCIDENTAL PNEUMOTHORAX IN ANTIREFLUX SURGERY WITH LAPAROSCOPIC TRANSMEDIASTINAL DRAINAGE**

CAMILA ROCHA DA CRUZ; GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; DIEGO LAURENTINO LIMA; EDUARDO FELIPE DE CARVALHO CHAVES; JOSÉ SÉRGIO NASCIMENTO SILVA; RAPHAEL DE MACEDO CAVALCANTI COELHO; REBECA GONÇALVES ROCHA

RESUMO

INTRODUCTION: Pneumothorax (PTX) secondary to pleural injury is an uncommon accident in laparoscopic antireflux surgery (LARS). Its frequency is approximately 2% - 6%. The current therapy for transoperative PTX is thoracic intercostal drainage.

AIM: To evaluate the treatment of accidental transoperative PTX using a new procedure: laparoscopic transmediastinal drainage (LTD). **MATERIALS AND METHODS:** From January 2000 to January 2009, 372 patients underwent LARS. 18 patients presented accidental pleural injuries. All of them were treated by LTD. It was performed by the insertion of an 8F-12F silicone drain between the diaphragmatic pillars, leaving all the holes of the drain in the pleural cavity. The drain's exit was made through a 3-5mm trocar hole inserted below the 5mm work-trocar. The patients were maintained on high pressure mechanical ventilation by the anesthetist (PEEP). The drains were removed on average 15 minutes after the end of the surgery and a chest X-Ray was performed to confirm the absence of PTX. **RESULTS:** No significant complication was observed by this technique used for the treatment of PTX. Radiography confirmed the absence of PTX in all the patients. **CONCLUSIONS:** The treatment of pneumothorax by laparoscopic transmediastinal drainage is a safe, simple and effective method and should be considered the procedure of choice for this complication during LARS, for maintaining the propose of a minimally invasive surgery, and keeping the esthetic outcomes, avoiding a traditional intercostal drainage.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**081 - COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA TRANSUBILICAL**

MARCO AURÉLIO DE GEORGE; WILLIAM KONDO; MARLON RANGEL; SATURNINO RIBEIRO DO NASCIMENTO NETO; ALCIDES JOSÉ BRANCO FILHO

RESUMO

A colecistectomia laparoscópica geralmente é realizada usando quatro punções por acesso transperitoneal. Nos últimos anos vários centros têm relatado sua experiência com o acesso único transumbilical para realização deste procedimento, com resultados encorajadores. Este procedimento é realizado utilizando um single port através de uma única incisão fascial ou vários portais posicionados através de incisões fasciais separadas. Neste vídeo demonstramos a realização de um caso de colecistectomia laparoscópica transumbilical utilizando instrumental laparoscópico convencional.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**082 - APENDICECTOMIA E RESSECÇÃO DE CISTO PÉLVICO POR VIDEOLAPAROSCOPIA EM TEMPO ÚNICO**

JANDER TOLEDO FERREIRA; GUILHERME DE CASTRO SANTOS; PEDRO RIBEIRO DA MOTA; ALEX ARAÚJO SIMÕES; VALTER GARCIA MORATO JÚNIOR; FÁBIO LOPES QUEIROZ; EUDES ARANTES MAGALHÃES

RESUMO

A cirurgia videolaparoscópica tem se expandido a cada dia. Hoje a abordagem laparoscópica vem se estabelecendo em territórios que, há pouco tempo, apenas a cirurgia aberta tinha espaço, como os quadros de abdome agudo. O vídeo ilustra a cirurgia de paciente do sexo feminino, 60 anos, com histórico de cisto anexial à direita em acompanhamento clínico desde 2001. Foi admitida com quadro de dor abdominal em cólica, periumbilical, com posterior migração para fossa ilíaca direita. Com aproximadamente 24 horas de evolução, associada a vômitos e lipotímia. Ao exame, apresentava abdome doloroso a palpação, principalmente em fossa ilíaca direita, sinal de Blumberg positivo, sem outros sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais com leucócitos globais de 15.400, PCR de 77, sem outras alterações. Ultrassonografia

de abdome e pelve mostrava coleção cística ovalada em região anexial direita com finas septações, medindo 3,7x 3,4x 2,3cm e volume de 16cm³; apêndice não visualizado. Submeteu-se à laparoscopia diagnóstica; procedimento realizado sob anestesia geral com óptica de 30° e três portais cirúrgicos, sendo passados trocartes de 10mm em portais umbilical e supra-púbico e trocarte de 5mm em flanco D. Após inventário da cavidade e lise de aderências pélvicas, identificado apêndice cecal inflamado. Feita dissecação e identificação dos elementos do mesoapêndice e cauterização da artéria apendicular. Clipagem e ligadura da base do apêndice, com posterior retirada do mesmo da cavidade. Durante exploração da pelve, identificada lesão cística em região anexial direita, ressecada com cautério e retirada da cavidade em bolsa de látex. O tempo cirúrgico dispendido foi de 90 minutos. Paciente evoluiu bem, tendo alta no segundo dia pós-operatório. O anátomo-patológico das lesões confirmaram apendicite aguda purulenta, com áreas de necrose da mucosa, associada a periapendicite. Os cortes histológicos da lesão cística mostraram parede de tuba uterina adelgada com hipotrofia da mucosa, compatível com hidrossalpinge. **CONCLUSÃO:** A abordagem dos quadros de abdome agudo por videolaparoscopia é bem indicada, principalmente naqueles casos em que há dúvida diagnóstica.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

083 - GIST GÁSTRICO: É POSSÍVEL A RESSECÇÃO LAPAROSCÓPICA?

MARCO ANTONIO CABEZAS; PAULO ROBERTO SAVASSI ROCHA; ROBERTO GUIMARÃES CABEZAS

RESUMO

Os tumores estromais gastro-intestinais (GIST), são tumores raros e representam de 1 a 3% dos cânceres do trato gastro-intestinal. O tumor se origina das células de Cajal e se caracteriza pela expressão do receptor tyrosina kinase (C-Kit). O estômago com aproximadamente 60% é o local mais freqüente destes tumores. A cirurgia é o tratamento mais efetivo para os tumores GIST ressecáveis. Raramente apresentam acometimento linfonodal sendo assim as ressecções localizadas com margem de segurança de 1 a 2cm. livres do tumor são suficientes. Evidências recentes têm mostrado que a sobrevida destes pacientes esta relacionada mais ao tamanho do tumor e à sua histologia (n° de mitosis). Por este motivo tumores de até 5 cm. podem ser ressecados por via laparoscópica. Os aa. Apresentam casuística de 15 tumores GIST gástricos ressecados via laparoscópica. Concluem os aa. que tumores gástricos de até 5 cm. são possíveis de ressecção laparoscópica com segurança e técnica oncológica correta.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

084 - APENDICECTOMIA ABERTA X APENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA - ESTUDO COMPARATIVO DOS RESULTADOS PÓS-OPERATÓRIOS

LÍVIA DA ROSA HOEFEL; MAURÍCIO MENDES DE ALBUQUERQUE; CAMILA MAFALDA MOUTA CAMPOS; ÉDEN EDIMUR ROSSI JÚNIOR; WILMAR ATHAYDE GERENT; THIAGO MAMÔRU SAKAE; EDUARDO MIGUEL SCHMIDT

RESUMO

OBJETIVOS: Comparar os resultados das apendicectomias videolaparoscópicas (AVL) com as apendicectomias abertas (AA) no tratamento da apendicite aguda. **MÉTODOS:** Análise retrospectiva de 264 prontuários de pacientes submetidos à

apendicectomia em Florianópolis, entre janeiro de 2003 e dezembro de 2007, acompanhada de contato por meio de cartas e telefonemas. Os dados foram armazenados no software Epidata 3.1 e analisados no software Epiinfo 6.4. **RESULTADOS:** Do total, 129 pacientes foram submetidos à AVL e 101 à AA. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativa entre os grupos quanto às intercorrências no trans-operatório e o tempo de hospitalização pós-operatória. A taxa de infecção da ferida operatória foi de 4,6% na AVL e de 23,7% na AA (p=0,000014). Foi observado que a duração média da anestesia na AVL foi de 60,22 minutos e na AA foi de 49,61 minutos (p=0,00003). Na AVL foi verificado que o tempo necessário para retorno às atividades profissionais e/ou acadêmicas foi de 6,51 dias, enquanto na AA esse tempo foi de 8,1 dias (p=0,0037). O tempo de retorno às atividades físicas foi de 24,78 dias na AVL e de 36,21 dias na AA (p<0,00001). Os pacientes submetidos à AVL apresentaram 26% maior grau de satisfação com o aspecto estético da cicatriz operatória comparados aos pacientes submetidos à AA. **CONCLUSÕES:** A AA esteve associada a um menor tempo anestésico, enquanto a AVL esteve associada a uma menor taxa de infecção da ferida operatória, a um retorno mais rápido às atividades diárias profissionais e/ou acadêmicas e físicas e a um maior grau de satisfação com o aspecto estético da cicatriz operatória.

Apresentação: Poster

085 - RELATO DE CASO - HIPERPLASIA NODULAR FOCAL (HNF) GIGANTE E ASSINTOMÁTICA

LÍVIA DA ROSA HOEFEL; MAURÍCIO MENDES DE ALBUQUERQUE; EDUARDO MIGUEL SCHMIDT; ÉDEN EDIMUR ROSSI JÚNIOR; CÍNTIA ZIMMERMANN; CAMILA MAFALDA MOUTA CAMPOS; CAROLINA PEREIRA MEDEIROS

RESUMO

OBJETIVO: Relatar caso de ressecção de HNF volumosa assintomática. **RELATO DO CASO:** Paciente masculino, branco, 29 anos de idade, pedreiro, assintomático, com história de alcoolismo e trauma contuso em epigástrico há um ano, cuja avaliação médica periódica revelou elevação de transaminases, GGT e lesão nodular heterogênea no lobo hepático esquerdo de 13x12x13cm ao USG. Sem outras alterações laboratoriais. A TC evidenciou massa sólida de 15x11 cm e RNM revelou cicatriz central característica. Realizou-se biópsia percutânea por agulha com laudos histopatológicos diferentes, de adenoma e HNF. Primeiramente, observou-se o paciente e nova TC, realizada seis meses após, mostrou que a lesão mantinha as mesmas características, sendo submetido a segmentectomia lateral esquerda pela técnica de ligadura do pedículo glissoniano, sem intercorrências. O exame histopatológico confirmou HNF. Em seis meses ganhou 6kg, melhorou a capacidade gástrica, retornando às atividades profissionais e nova TC sem lesão residual. **DISCUSSÃO:** A HNF é uma lesão tumoral benigna, mais comum em mulheres em idade fértil, provavelmente uma resposta hiperplástica do fígado a uma malformação vascular. Frequentemente são lesões bem delimitadas, menores que 5cm, atingindo maiores proporções raramente. Histologicamente apresentam proliferação de hepatócitos e células de Kupffer, podendo ter cicatriz central característica. É sintomática em 15% dos casos. Transaminases, FA e GGT elevam-se em apenas 30% dos casos. A literatura preconiza o tratamento conservador para as lesões assintomáticas, sendo a ressecção indicada em casos sintomáticos, na dúvida diagnóstica ou nos raros casos de complicação (transformação maligna ou sangramento). Como a lesão era volumosa e periférica e o paciente jovem e assintomático, optou-se pela ressecção, mostrando que esta deve ser considerada em casos como o descrito.

Apresentação: Poster**086 - RELATO DE CASO - CISTOADENOMA GIGANTE DE OVÁRIO**

CAMILA MAFALDA MOUTA CAMPOS; LÍVIA DA ROSA HOEFEL; RODOLFO FOLCHINI GOMES; MÁRCIO JOAQUIM LOSSO; RICARDO REIS DO NASCIMENTO; JAIME CÉSAR GELOSA SOUZA; DARLAN MEDEIROS KESTERING

RESUMO

OBJETIVO: relatar caso de Cistoadenoma gigante de ovário tratado videolaparoscopicamente. **RELATO DE CASO:** L.O.M., 59 anos, branca, viúva, encaminhada após a realização de dermolipectomia abdominal onde notou-se a presença de uma massa abdominal palpável em hipogástrio, sendo o único sintoma referido pela paciente era um leve desconforto abdominal. História de quadro anêmico há um mês e cisto renal há 15 anos. Nega tabagismo e etilismo. Avó materna falecida devido a CA (não especificado) e irmã com tumor cerebral. A TC de abdome evidenciou cistos em rim direito, massa com densidade líquida no subcutâneo, puncionada com sucesso, e uma volumosa lesão cística intra-abdominal, medindo 18 x 17 x 7 cm, que estendia-se da bexiga ao epigástrio, para a qual foi indicada videolaparoscopia, onde visualizou-se cisto gigante de ovário que foi drenado e ressecado sem intercorrências. O anátomo-patológico diagnosticou cistoadenoma mucinoso de ovário. **DISCUSSÃO:** Cistoadenoma mucinoso de ovário é um tumor epitelial onde a maioria ou todas as células contêm mucina. Corresponde por aproximadamente 10-15% de todos os tumores ovarianos, podendo ser bilateral em 5-10% dos casos. Cerca de 75% são benignos, 10% borderline e 15% malignos. Seu pico de incidência ocorre entre 30 a 50 anos. Tipicamente eles causam sintomas vagos sendo usualmente avaliados através de ultrasonografia e tomografia computadorizada onde mostram-se como massas císticas multiseptadas com paredes finas. Pseudomixoma peritoneal pode advir se houver extravasamento de seu conteúdo para dentro da cavidade abdominal. Laparoscopia tornou-se um método aceitável para o manejo de cistos ovarianos e seu papel está em expansão principalmente em de massas benignas e com mais de 10 cm de diâmetro.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**087 - RESULTADOS IMEDIATOS DE 324 ESPLENECTOMIAS LAPAROSCÓPICAS (EL). 15 ANOS DE EXPERIÊNCIA EM UMA ÚNICA EQUIPE**

RENÉ BERINDOAGUE; EDUARD TARGARONA; CARMEN BALAGUÉ; CARMEN MARTÍNEZ; PILAR HERNÁNDEZ; JORDI GARRIGA; MANUEL TRIAS FOLCH

Apresentação: Tema e Vídeo livre**088 - ESPLENECTOMIA LAPAROSCÓPICA EM CASO DE ESPLENOMEGALIA MODERADA. ABORDAGEM ÂNTERO-POSTERIOR COM SUSPENSÃO DO BAÇO**

RENÉ BERINDOAGUE; EDUARD TARGARONA; CARMEN BALAGUÉ; CARMEN MARTÍNEZ; PILAR HERNÁNDEZ; JORDI GARRIGA; MANUEL TRIAS FOLCH

RESUMO

Esplenectomia laparoscópica tornou-se a técnica de escolha na maioria das indicações para esplenectomia eletiva, embora não haja consenso sobre a técnica e estratégia mais recomendável. A abordagem ântero-posterior com o paciente em posição supina e lateral e

secção hilar com grameador linear é reprodutível e confirmou ser segura em nossa série de mais de 320 casos com uma taxa de conversão de 6%, incluindo qualquer tipo de diagnóstico. O vídeo mostra a técnica usada em um paciente de 24 anos com diagnóstico de esplenomegalia e esferocitose (peso final do baço 800 gr.). O paciente é colocado posição supina lateral (90 graus) e quatro trocartes. A dissecação inclui a secção dos gástricos curtos, localização e ligadura da artéria esplênica. Após a dissecação do baço com mobilização de aderências esplênicas, mantém-se um segmento apical do peritônio que suspende o baço. A secção hilar é feita com endograpadora, o baço é removido e fragmentado em um saco. O tempo operatório foi de 90 min. com resultado favorável. A sistematização da técnica de esplenectomia laparoscópica permite um procedimento cirúrgico de forma segura e eficiente.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**089 - PODE-SE PREVER A EVOLUÇÃO IMEDIATA DA ESPLENECTOMIA LAPAROSCÓPICA NA ESPLENOMEGALIA? ANÁLISE MULTIVARIADA DOS FATORES CLÍNICOS E PATOLÓGICOS APÓS A RECONSTRUÇÃO EM 3D DO BAÇO**

RENÉ BERINDOAGUE; EDUARD TARGARONA; CARMEN BALAGUÉ; CARMEN MARTÍNEZ; PILAR HERNÁNDEZ; JORDI GARRIGA; MANUEL TRIAS FOLCH

RESUMO

INTRODUÇÃO: a abordagem laparoscópica tornou-se a opção de escolha para esplenectomia, mas existem aspectos controversos quanto ao seu papel em casos de esplenomegalia. Os fatores que podem afetar a viabilidade e a evolução imediata podem ser clínico (tipo de doença, número de plaquetas), anatômico e patológico, pelo tamanho e volume do baço, levando a dificuldade no seu manuseio na cavidade abdominal. **OBJETIVO:** Avaliar o valor preditivo dos exames clínicos e fatores anatômicos na viabilidade e evolução imediata nos casos de esplenomegalia. **MATERIAL E MÉTODOS:** Revisão de uma base dados prospectiva de todos os pacientes submetidos a esplenectomia laparoscópica com peso final mínimo de 800 g, e que possuíam TAC pré-operatório, a partir do qual se realizou reconstrução 3D, que permitiu obter o volume do baço e medir seus diâmetros mais importantes (Ant-Post, Lat-lat, crânio-caudal), assim como os diâmetros da cavidade abdominal (Ant-Post e lat-lat) (software 3D Doctor). Foi também avaliada a idade, sexo, contagem de plaquetas, diagnóstico (benigno / maligno). Variáveis dependentes foram tempo cirúrgico, sangramento, conversão e complicações. Realizou-se análise univariada e multivariada (SPSS). **RESULTADOS:** Esta série incluiu 40 pts (18 homens e 22 mulheres), 59± 15 anos, 8 benignos e 32 malignos. Conversão: 15%, T. op: 140 '(90-300), morbidade de 15%, hemorragia: 50 cc (0-1000), Perm. hosp. 5 dias (3-22). Análise multivariada: Conversão: diâmetro baço médio-lateral ($p < .005$, RR: 1.373), e contagem de plaquetas pré-operatório ($p < .001$, RR: 1.000); Hemorragia intra-operatória: volume do baço ($p < .001$, RR: 1.003); Tempo operatório: diâmetro Ant-Post do baço ($p < .011$); Morbidade pós-operatória: idade ($p < .049$, RR .941). **CONCLUSÃO:** A anatomia local e os fatores clínicos afetam diretamente a viabilidade e evolução imediata após a esplenectomia laparoscópica em casos de esplenomegalia. Estes dados devem ser considerados quando se planeja este tipo de cirurgia.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**090 - RESSECÇÃO HEPÁTICA ROBÓTICA - RELATO DE EXPERIÊNCIA PIONEIRA NA AMÉRICA LATINA**

MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO; FÁBIO F. MAKDISSI; RODRIGO C. SURJAN; RICARDO Z. ABDALLA

RESUMO

Graças ao melhor conhecimento da anatomia segmentar do fígado e desenvolvimento de novas técnicas, houve aumento no número de indicações de hepatectomias. O desenvolvimento da cirurgia minimamente invasiva ocorreu paralelamente e os aumentos da experiência aliados ao desenvolvimento de novos instrumentais resultaram no crescimento exponencial das ressecções hepáticas videolaparoscópicas. A abordagem laparoscópica pode tornar viável a ressecção hepática em pacientes cirróticos com hipertensão portal que não tolerariam este mesmo procedimento por via laparotômica. A cirurgia robótica surgiu nos últimos anos como a última fronteira de desenvolvimento técnico aplicado à videocirurgia. O presente trabalho descreve a experiência pioneira de ressecção hepática totalmente com o uso de robótica na América Latina em paciente portador de carcinoma hepatocelular e cirrose hepática. A hepatectomia laparoscópica com o uso do sistema robótico da Vinci permite refinamentos técnicos graças à visualização tridimensional do campo cirúrgico e utilização de instrumentais precisos e com grande amplitude de movimentação que simulam os movimentos da mão humana.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

091 - PANCREATECTOMIA SUBTOTAL ROBÓTICA - RELATO DE EXPERIÊNCIA PIONEIRA NA AMÉRICA LATINA

MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO; FÁBIO F. MAKDISSI; RODRIGO C. SURJAN; RICARDO Z. ABDALLA

RESUMO

INTRODUÇÃO: A cirurgia robótica nada mais é que uma videocirurgia assistida por robô. A robótica acrescenta algumas vantagens ao método puramente laparoscópico. Com o sistema robótico, o cirurgião tem visão tridimensional real do campo cirúrgico e seu posicionamento sentado com os braços apoiados lhe confere ótima ergonomia. Os instrumentos de cirurgia robótica foram especialmente desenvolvidos para conferir amplitude de movimentos ao cirurgião semelhante ao da mão humana e podendo atingir rotação de até 360°. A liberdade de movimento das pinças robóticas proporciona um aprendizado rápido e intuitivo. O robô também pode ser ajustado para realizar movimentos com amplitude de escala reduzida o que permite suturas em espaços pequenos com grande desenvoltura. Além disso, elimina tremores conferindo grande precisão de movimentos. **OBJETIVO:** Apresentar o vídeo de uma pancreatectomia subtotal totalmente realizada com o uso do robô da Vinci. Trata-se de descrição pioneira na América Latina. **PACIENTE E MÉTODO:** Paciente sexo feminino com 37 anos de idade e história prévia de câncer de mama bilateral devido à mutação BRCA2. Após quadro de pancreatite aguda, foi submetida à tomografia que mostrou neoplasia intraductal em colo de pâncreas, atrofia do corpo e cauda e dilatação do Wirsung. Foi indicada pancreatectomia subtotal laparoscópica com sistema robótico. Foram usados cinco trocartes. A secção do pâncreas foi feita com stapler endoscópico e o espécime cirúrgico foi retirado sem necessidade de incisão adicional. **RESULTADOS:** O procedimento durou 240 minutos, o sangramento foi mínimo, não houve intercorrências e não apresentou fístula pancreática. Recebeu alta no 4º dia de pós-operatório e o dreno foi retirado no sétimo dia. **CONCLUSÕES:** Os autores concluem que a pancreatectomia subtotal é factível e pode ser realizada com segurança com o uso da robótica. O sistema robótico da Vinci permitiu refinamentos técnicos e auxiliou na dissecação e controle de grandes vasos devido à visão tridimensional do campo operatório e aos instrumentos com grande amplitude.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

092 - TRISEGMENTECTOMIA HEPÁTICA DIREITA POR VIDEOLAPAROSCOPIA

MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO; FÁBIO F. MAKDISSI; RODRIGO C. SURJAN; ANDRE C. OLIVEIRA; VICTOR F. PILLA; ANTONIO R. TEIXEIRA

RESUMO

INTRODUÇÃO: Em 2007 os autores descreveram a primeira hepatectomia direita por videolaparoscopia realizada no Brasil. Hepatectomia direita ampliada, também conhecida como trisegmentectomia direita, é procedimento altamente complexo e implica em grande retirada do volume hepático. **OBJETIVO:** Apresentar o vídeo da primeira trisegmentectomia hepática direita por videolaparoscopia realizada no Brasil. **TÉCNICA:** O paciente é colocado em posição supina em decúbito lateral esquerdo. O cirurgião se coloca entre as pernas da paciente. Utilizamos 5 trocartes, 3 de 12 mm e 2 de 5 mm. Devido à embolização prévia da veia porta direita, o hilo hepático não é dissecado. O pedículo portal direito é seccionado com grampeador laparoscópico de carga vascular por meio de acesso intra-hepático, segundo técnica previamente descrita pelos autores. A seguir procede-se a mobilização do fígado direito seguido de dissecação da veia cava retro-hepática e secção da veia hepática direita. Estes passos são realizados sem manobra de Pringle. O fígado é seccionado com combinação de bisturi harmônico e grampeador endoscópico. O pedículo do segmento 4 é seccionado dentro do fígado. O espécime é retirado por meio de incisão supra-púbica e a área cruenta é revista para verificar hemostasia. O procedimento é encerrado e dreno de sistema fechado é posicionado junto à área cruenta. **CONCLUSÃO:** Trisegmentectomia hepática direita por videolaparoscopia é procedimento factível e seguro e deve ser considerado para pacientes selecionados. Este procedimento deve ser realizado em centros especializados e por cirurgiões com experiência tanto em cirurgia hepática como cirurgia laparoscópica avançada.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

093 - RESSECÇÃO LAPAROSCÓPICA DO PROCESSO UNCINADO DO PÂNCREAS

MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO; FÁBIO F. MAKDISSI; RODRIGO C. SURJAN; MARCEL CERQUEIRA CESAR MACHADO

RESUMO

INTRODUÇÃO: Neoplasia sólida pseudopapilar do pâncreas, tumor de Frantz, é entidade relativamente incomum e com baixo potencial metastático. Por este motivo, sempre que possível, o tratamento deve preservar o máximo de parênquima pancreático possível. Na literatura, existem apenas seis relatos de ressecção laparoscópica deste tipo de neoplasia. Não há relato de ressecção do processo uncinado por laparoscopia na literatura mundial até o momento. **OBJETIVO:** Apresentar o vídeo de ressecção do processo uncinado realizado totalmente por videolaparoscopia. **PACIENTE E MÉTODO:** Paciente sexo feminino com 26 anos de idade e portadora de neoplasia pseudopapilar com cerca de 4 cm de diâmetro. Ecoendoscopia pré-operatória revelou margem de 2 cm entre o tumor e o ducto principal. Foram utilizados 4 trocartes, três de 5 mm e um de 10 mm. Manobra de Kocher permitiu completa exposição da cabeça pancreática e do processo uncinado. O suprimento sanguíneo duodenal foi mantido com a preservação da arcada pancreato-duodenal inferior. A secção do pâncreas foi feita com bisturi harmônico. O espécime cirúrgico foi retirado por meio de incisão supra-púbica e protegido dentro de saco plástico. **RESULTADOS:** O tempo cirúrgico foi de 180 minutos e o

sangramento estimado em 40 ml. Paciente recebeu alta no 4º dia de pós-operatório e não apresentou pancreatite ou fistula pancreática. Dreno foi retirado no 10º dia pós-operatório. Histologia confirmou o diagnóstico de neoplasia sólida pseudopapilar com margens livres. Paciente está bem e assintomática 10 meses após o procedimento. **CONCLUSÕES:** Ressecção laparoscópica do uncinado é segura e factível e pode ser considerada no tratamento de neoplasias pancreáticas em substituição à duodenopancreatectomia, em pacientes selecionados.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

094 - COLECISTECTOMIA POR DOIS PORTOS COM EXPOSIÇÃO POR FIOS TRANSCUTÂNEOS

LEONARDO SALLES DE ALMEIDA; PAULO ROBERTO M. NASCIMENTO

RESUMO

Colecistectomia videolaparoscópica por dois portos, sendo um porto umbilical e um para-xifoide, utilizando-se técnica de exposição por fio transcutâneos. **MATERIAL:** Ótica 10 mm com canal de trabalho (Palmer).

Apresentação: Tema e Vídeo livre

095 - TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DE CISTO GIGANTE DE MESOCOLON

LEONARDO SALLES DE ALMEIDA; PAULO ROBERTO M. NASCIMENTO

RESUMO

Retirada videolaparoscópica de cisto gigante de mesocolon 1800 ml. Retirado completo com sua cápsula. Paciente com Beta HCG positivo, concomitantemente com cisto em mesocolon cecal 1800ml, cogitando-se gravidez extra uterina, durante procedimento, identificado gravidez tubária e cisto gigante de mesocolon. Tratamento do cisto e da gravidez ectópica por vídeo.

Apresentação: Poster

096 - CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA NO TRATAMENTO DE TUMORES CARCINÓIDES DO TRATO GASTROINTESTINAL PROXIMAL. RELATO DE DOIS CASOS

ALBERTO JULIUS ALVES WAINSTEIN; FERNANDO AUGUSTO DE VASCONCELLOS SANTOS; BRUNO RIGHI RODRIGUES DE OLIVEIRA; MILHEM JAMELEDIEN MORAIS KANSAON; LUCAS VILELA NETO

RESUMO

O tumor carcinóide é afecção pouco frequente e, no trato gastrointestinal, o estômago e o duodeno são raramente acometidos, sendo a incidência observada de 2,8% e 2,9%, respectivamente. Seu tratamento é essencialmente cirúrgico e recentemente a videolaparoscopia tem sido utilizada como forma de acesso operatório. Relatamos dois casos de pacientes com tumores carcinóides submetidos a tratamento cirúrgico videolaparoscópico. **CASO 1:** Paciente do sexo masculino, 72 anos, apresentando dor epigástrica vaga. Submetido a endoscopia digestiva alta com percepção de atrofia da mucosa do antro e inúmeros pólipos em fundo gástrico cuja histologia foi compatível com tumor carcinóide. Foi submetido a gastrectomia subtotal distal videolaparoscópica. Evoluiu sem intercorrências no pós-operatório. **CASO 2:** Paciente do sexo feminino, 67 anos, apresentando dispepsia de início recente, à endoscopia digestiva alta notava-se lesão polipóide na

primeira porção duodenal, diâmetro aproximado de 1,0cm, compatível com o diagnóstico de tumor carcinóide à histologia. Foi submetida a ressecção videolaparoscópica do tumor com auxílio peroperatório da endoscopia. Apresentou evolução pós-operatória sem intercorrências. O tumor carcinóide é afecção pouco frequente e o seu tratamento é cirúrgico. A videolaparoscopia acrescenta os benefícios de menor intensidade de dor pós-operatória e retorno precoce às atividades cotidianas sem, no entanto, comprometer a radicalidade oncológica.

Apresentação: Poster

097 - GASTRECTOMIA VIDEOASSISTIDA NO TRATAMENTO DO CARCINOMA GÁSTRICO. RELATO DE CASO

FERNANDO AUGUSTO DE VASCONCELLOS SANTOS; JOSE ALENCAR GONÇALVES DE MACEDO; MILHEM JAMELEDIEN MORAIS KANSAON; PEDRO RIBEIRO DA MOTA; FERNANDO GUSMÃO SANTIAGO

RESUMO

O carcinoma gástrico é afecção freqüente em nosso meio e é a segunda causa de morte por câncer no mundo. O tratamento cirúrgico radical é fundamental para a melhora da sobrevida em cinco anos e tempo livre de tumor. Recentemente nota-se aumento no diagnóstico precoce da doença e, portanto há propostas de tratamentos menos invasivos sem o comprometimento da radicalidade oncológica. Relatamos o caso de paciente do sexo masculino, 64 anos, com sintomas dispépticos de início recente. À endoscopia digestiva alta notou-se a presença de várias lesões polipóides em corpo gástrico, sendo a maior delas de 2,0cm, cuja biópsia foi compatível com adenoma gástrico com displasia de alto grau. À endoscopia gástrica a lesão estendia-se até a camada superficial da submucosa (sm1). Foi submetido a gastrectomia total videolaparoscópica associado a linfadenectomia D1 estendida para ressecção das cadeias linfonodais de artéria gástrica esquerda, tronco celiaco e artéria hepática comum. Evoluiu bem no pós-operatório, sem intercorrências. O resultado do anátomo patológico confirmou a presença de margem cirúrgica livre e linfadenectomia adequada. A gastrectomia videolaparoscópica vem sendo cada vez mais utilizada no tratamento do carcinoma gástrico. É via de acesso que permite a realização da ressecção tumoral mantendo a radicalidade oncológica e, ao mesmo tempo, favorece o paciente reduzindo a dor em pós-operatório e retorno às atividades cotidianas precocemente.

Apresentação: Poster

098 - AVALIAÇÃO DA POSITIVIDADE DA COLANGIOGRAFIA PEROPERATÓRIA REALIZADA DE MANEIRA SELETIVA E CRITERIOSA EM PACIENTES SUBMETIDOS A COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA

EDUARDO CREMA; CARLOS AUGUSTO CANTERAS R. CAMARA; CELSO JÚNIOR OLIVEIRA TELES; RICARDO PASTORE; RENATO COSTA SOUSA; KARLA VELEZIANO LARA; ALEX AUGUSTO SILVA

RESUMO

INTRODUÇÃO: A colecistectomia laparoscópica é o tratamento de escolha para a colelitíase, mas a abordagem nos casos de litíase do ducto biliar ainda permanece controversa. A colangiografia peroperatória realizada durante a colecistectomia laparoscópica permite identificar alterações do ducto colédoco, como variações na anatomia do ducto biliar e a presença de cálculos no seu interior. Esse exame tradicionalmente é realizado de forma sistemática, mas há grupos de cirurgiões que defendem sua realiza-

ção de forma seletiva e outros que não a realizam em nenhum paciente. OBJETIVO: O objetivo desse estudo é verificar o valor preditivo da colangiografia peroperatória realizada de forma seletiva e criteriosa, e comparar seus resultados com os da conduta de colangiografia sistemática durante a colecistectomia laparoscópica. MÉTODOS: Entre 2001 e 2008, 98 pacientes sem indicação para realização de colangiografia foram submetidos à colecistectomia laparoscópica e à colangiografia peroperatória de maneira seletiva. A seleção dos pacientes no pré-operatório para a realização seletiva da colangiografia foi baseada em critérios clínicos, laboratoriais e ultrassonográficos. RESULTADOS: A colangiografia peroperatória foi tentada e realizada com sucesso em 98 pacientes selecionados e sem indicação para o exame, na sua maioria brancos (81; 82,6%), com a média de idade de 45 anos, e na proporção de cerca de 6:1 mulheres (85; 86,7%) em relação a homens (13; 13,3%). Desses, apenas um paciente apresentou coledocolitíase (1/98, aproximadamente 1%). CONCLUSÃO: Esse estudo mostra que a incidência de cálculos insuspeitados na via biliar comum é de aproximadamente 1%. Esse baixo risco não justifica a realização de colangiografia peroperatória de maneira sistemática e rotineira, e sugere ainda que um grande número de pacientes seja submetido desnecessariamente à exploração intra-operatória da via biliar, caso realizada indiscriminadamente em todos os pacientes, sem uma seleção prévia dos casos suspeitos de coledocolitíase no pré-operatório. As potenciais complicações e o custo elevado da manutenção do paciente por mais tempo em cirurgia, a exposição da equipe à radiação e a alergia ao contraste reforçam a opinião dos autores de que a colangiografia peroperatória realizada de forma seletiva em colecistectomias laparoscópicas deve ser adotada.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

099 - COLECISTECTOMIA MINILAPAROSCÓPICA NO ESTADO DO PIAUÍ - UM ESTUDO DE 25 CASOS

ANDRADE, FJC; SOUSA, ID; REIS, AP; ORSANO, IF

RESUMO

INTRODUÇÃO: A vídeo laparoscopia veio determinar uma verdadeira revolução na cirurgia do aparelho digestivo; seu emprego hoje é indiscutível. Atualmente, buscam-se formas ainda menos invasivas para abordagens cirúrgicas, a fim de minimizar traumas e acelerar a recuperação, desde que não sejam comprometidos a técnica cirúrgica ou o resultado funcional, além dos custos, para que seja viável. OBJETIVO: apresentar alterações à técnica da mini-laparoscopia, da forma realizada no Piauí e evidenciar resultados. MÉTODOS: análise de técnica e dos resultados obtidos em pacientes submetidos à colecistectomia mini-laparoscópica no período de 18.04.2006 a 31.01.2009. Foram analisados: tempo cirúrgico, conversão para laparoscopia convencional ou cirurgia aberta, infecção de ferida operatória (FO), acidentes intra-operatórios, complicações pós-operatórias, tempo médio cirúrgico e de internação. RESULTADOS: 25 pacientes foram submetidos ao procedimento, 96% do sexo feminino; das quais 24 apresentavam colecistopatia calculosa e 1 apresentava pólipos. Técnica: após o posicionamento padrão da equipe cirúrgica, confecciona-se pneumoperitônio com agulha de Veress através da incisão umbilical, por onde é inserido um trocar de 10 mm, utilizando pressão intra-abdominal de 12 mmHg. Introduce-se a ótica de 30°/10 mm pelo trocar umbilical. Três trocarts são então inseridos: o trocar epigástrico (5mm); e dois trocarts inseridos na região subcostal direita (3 mm). A cavidade abdominal é avaliada depois de inseridos os trocarts e antes de se iniciar o procedimento cirúrgico. Os casos de extrema complexidade são neste momento convertidos para laparoscopia convencional com trocarts de 5 mm. Procedem-se então a colecistectomia, respeitando-se todos os tempos cirúrgicos. As ligaduras do ducto cístico e artéria cística

foram realizadas com cliques de titanium pequenos/médios (clipador 5mm) ou hem-o-lok (aplicador de 5mm) ou ainda nós com fio polycot 000. Não foram utilizadas óticas de minilaparoscopia (2/3 mm). O tempo médio cirúrgico foi de 46,3 min, com ausência de complicações intra-operatórias; houve um caso de conversão para laparoscopia convencional e nenhuma conversão para cirurgia aberta. Não houve casos de infecção de FO, com um caso de seroma em FO. O tempo médio de internação foi de 24h. CONCLUSÃO: A colecistectomia minilaparoscópica mostrou-se uma técnica segura e factível, não tendo comprometido a segurança do procedimento, permitindo resultados funcionais semelhantes aos relatados para a técnica convencional, e resultados estéticos mais satisfatórios.

Apresentação: Poster

100 - TERATOMA DE MEDIASTINO POSTERIOR: RESSECÇÃO CIRÚRGICA POR ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA TRANSDIAFRAGMÁTICA

TIAGO MOURA RODRIGUES; LÍSIAS NOGUEIRA CASTILHO; FABIANO ANDRÉ SIMÕES; CARLOS ALBERTO SANTOS JÚNIOR; ALEXANDRE CASTILHO VALIN; LUCAS ZEPONI DAL'AGUA; FLÁVIO AUGUSTO PAULATTI FREDERICO

Apresentação: Poster

101 - COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA: ANÁLISE DESCRITIVA DE 142 PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM UM SERVIÇO DE CLÍNICA CIRÚRGICA UNIVERSITÁRIO

GERALDO A. CAPUCHINHO-JÚNIOR; RENATO LUNA; DIOGO AGUIAR LEITE; EDUARDO ORIORI

RESUMO

OBJETIVOS: Identificar o principal método de realização de pneumoperitônio e a pressão intraperitoneal média consequente ao pneumoperitônio; revelar em quais situações foi realizado colangiografia; evidenciar quais foram as principais complicações perioperatórias e em quantos casos houve necessidade de conversão para técnica aberta e quantificar os procedimentos em que houve necessidade de drenagem da cavidade. MÉTODOS: Estudo retrospectivo de 142 procedimentos realizados por via laparoscópica no Serviço de Clínica Cirúrgica B no período de novembro de 2003 a dezembro de 2008. RESULTADOS: Foram realizadas 142 colecistectomias videolaparoscópicas, sendo que em apenas duas situações o procedimento estava associado a outro (um associado à biópsia hepática e outro à esofagocardiomiectomia à Heller). Com realização ao método de realização do pneumoperitônio foi a punção por agulha de Veress foi o procedimento mais realizado (134 vs 8 pela técnica de Hasson - utilizada em casos de operações abdominais prévias ou após três tentativas de punção frustradas). No tocante à pressão intra-operatória média consequente ao pneumoperitônio, esta variou entre 12 e 14 mmHg, não sendo limitante em nenhum dos procedimentos. O tempo médio de cirurgia foi de 96 min (excluindo-se o procedimento associado a esofagocardiomiectomia; além disso, em 34 casos não havia relato do tempo operatório na fonte consultada). Com relação à colangiografia, tal procedimento radiológico foi realizado 11 vezes, sendo que per-operatórias com diagnóstico de coledocolitíase em 05 casos (um caso diagnosticado por CPRE pós-op). Dreno transcístico foi utilizado em todos os 04 casos de colédocolitíase diagnosticados durante o ato operatório. Como complicação per-operatória, ocorreram 3 casos de sangramento hepáticos, todos controlados sem a necessidade de conversão. A cavidade foi drenada em todas as ocasiões nas

quais houve necessidade de drenagem transcística (04 casos) e em outras 05 situações por dificuldade técnica. Por fim, em apenas 02 circunstâncias houve a necessidade de conversão para técnica aberta, uma devido ao diagnóstico operatório de fístula colecisto-duodenal e outra para exploração de vias biliares por evidência de coledocolitíase. Um paciente apresentou diagnóstico histopatológico de carcinoma de vesícula, apresentando metástases hepáticas visualizadas e biopsiadas no ato operatório. Todos os restantes apresentaram como diagnóstico histopatológico colecistite crônica calculosa. Em apenas 2 situações (1% dos casos estudados) houve complicação pós-operatória importante: massa em recesso vesico-uterino sugestivo de abscesso e um caso de fasciíte necrosante cujo desfecho foi óbito do paciente. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que, apesar da necessidade de treinamento especializado do cirurgião, a colecistectomia por videolaparoscopia revelou-se um método com poucas complicações e pouca necessidade de conversão. Além disso, em poucos casos houve necessidade de drenagem transcística, caracterizando a segurança do procedimento laparoscópico.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

102 - TRATAMENTO DA COLEDOCOLITÍASE POR VIDEOCIRURGIA

MARCO ANTONIO CEZARIO DE MELO; ROBERTO PABST RAMOS; LUCIENE MELO DE ANDRADE LIMA; OSCAR LUIZ BARRETO SILVA; JOÃO EVANGELISTA NETO; OTACÍLIO DE ALBUQUERQUE; LUIZ ANTONIO DOMINGUES

RESUMO

INTRODUÇÃO: A exploração laparoscópica das vias biliares (ELVB) vem sendo progressivamente mais utilizada no mundo. O objetivo deste trabalho foi analisar os resultados avaliando sua resolução e segurança. **CASUÍSTICA:** De junho de 1993 a janeiro de 2009 foram realizados 68 ELVB, com média de idade 60,4 anos sendo 45 (66%) mulheres. 48 tinham vesícula "in situ" (10,4% colecistites agudas) e 20 colecistectomizados (17 litíases residuais e 3 estenoses de anastomose bílio-digestiva) (ABD). A abordagem trans-cística foi utilizada em 28 e a abertura da via biliar principal em 40 casos. **MÉTODO:** Os dados colhidos, retrospectivamente, pelas fichas de consultório e prontuário dos hospitais, revelaram os diagnósticos, procedimentos, conversões, resoluções, complicações e mortalidade. **RESULTADO:** A resolução da coledocolitíase foi de 91,2%, sendo 89,6% com vesícula "in situ" e de 95,0% na litíase residual. Índice de conversão 2,9%, morbidade 8,8% e mortalidade 1,5% (paciente séptico por colangite). **DISCUSSÃO:** O clareamento da via biliar com vesícula "in situ" é controverso embora o tratamento em um único tempo, pela ELVB durante colecistectomia laparoscópica, seja menos oneroso e demande menor internação. Na litíase residual deve ser encarada como exceção ficando reservada nos casos de falha da papilotomia endoscópica. Na estenose de ABD, quando em Y de Roux, a abordagem endoscópica é difícil e a percutânea constitui-se opção mais interessante. **CONCLUSÃO:** A ELVB é um método seguro e eficaz para a resolução da coledocolitíase, tanto com a vesícula "in situ" como na litíase residual. Na estenose de ABD a plastia da anastomose pode ser uma alternativa interessante.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

103 - ANÁLISE DA CONVERSÃO NA COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA

MARCO ANTONIO CEZARIO DE MELO; MARCELA LEAL CRUZ; ANDERSON CARVALHO DE MOURA BRAZ; THIAGO HOLANDA CHARAMBA DUTRA;

VITOR ROBERTO DE MEDEIROS DUARTE; NIEDSON THIAGO PEREIRA CAVALCANTE; MARCONI ROBERTO DE LEMOS MEIRA

RESUMO

INTRODUÇÃO: Índice de conversão (IC) em Colecistectomia Laparoscópica (CL) é o percentual de colecistectomias não concluídas por laparoscopia e sim por cirurgia aberta. O objetivo deste trabalho foi analisar as conversões no serviço, suas causas, e dados relacionados. **CASUÍSTICA E SERVIÇO:** Em 3 anos foram programadas 710 CL, das quais 17(2,4%) convertidas, 11(64,7%) homens e 6(35,3%) mulheres, com média de idade 59,8 anos. O Serviço tem clientela de funcionários públicos estaduais, realiza CL desde 1993 com volume de 230/ano. Constituído de cirurgiões experientes no método e médicos residentes efetuando 80% das CL. **MÉTODO:** As informações colhidas retrospectivamente, pelo prontuário, revelaram dados gerais, diagnósticos, procedimentos, motivos das conversões, cirurgião, tempo cirúrgico, complicações e período de internação. **RESULTADOS:** O IC foi de 2,4%, sendo 7,8% em homens e 1,1% em mulheres. Índice distinto por cirurgião. As conversões ocorreram em 3 períodos, 52,9% das quais no inventário. Dezesesseis conversões por aderências e uma por sangramento. História de 5 crises recentes com 2 papilotomias endoscópicas. Tempo cirúrgico médio de 145 minutos e internação de 3,5 dias. Houve 2 drenagens biliares que cederam espontaneamente, sem re-intervenções ou mortalidade. **DISCUSSÃO:** Inerente à CL, o IC não significa demérito ou fracasso do método, demonstrando cautela do cirurgião. Este índice varia pelas características do serviço e clientela, sendo menor em pacientes sem grandes alterações locais. **CONCLUSÃO:** O IC do Serviço é semelhante à literatura, sendo maior no sexo masculino. Observou-se índice individual por cirurgião, sendo a maioria das conversões decididas no inventário e motivada, quase todas, por aderências.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

104 - HEPATECTOMIA LAPAROSCÓPICA DE TUMOR BENIGNO DO SEGMENTO III

MARCO ANTONIO CABEZAS; VIVIAN RESENDE

RESUMO

Os Autores apresentam paciente com tumor benigno do segmento III do fígado de crescimento exofítico com pedículo largo de +/- 12cm. de diâmetro e todos os marcadores tumorais negativos. Após colocação dos os trocateres, dois de 10mm e três de 5mm, procedemos a avaliação do tumor que apresentava um pedículo largo e vascularizado na sua porção medial. Iniciou-se a cirurgia demarcando com Hook a área a ser ressecada. Com o eletrocautério em potencia de 120 iniciamos com Hook a separação do tumor. Realizando Maryland-clasia, similar à cirurgia aberta -dígito-clasia ou Kelly-clasia- para tratamento individual de veias, artérias e dutos biliares, as maiores com a colocação de cliques, e as menores simplesmente com a cauterização do Hook. Na parte medial do tumor havia um pedículo maior com artéria, veia e duto biliar próprios que foram devidamente clipados e ligados com seda 2-0. O sangramento foi relativamente pequeno. O tumor foi retirado, dentro de um "punho de luva" pelo portal da ótica situado no umbigo, que foi ampliado o suficiente para sua passagem. Dreno de Penrose nº3 foi deixado no portal mais lateral à esquerda. Paciente evoluiu bem com pouca secreção sero-sanguinolenta pelo dreno, o qual foi retirado no segundo dia pós operatório quando o paciente teve alta hospitalar. Concluem os Autores que é factível realizar hepatectomias com material simples e mínimo possível. Não foram usados Stapplers, grampeadores especiais nem saco coletor de órgãos que encareceriam enormemente o procedimento. O procedimento durou aproximadamente 120min. A

economia de tempo com material sofisticado, neste paciente, não justificaria o custo elevado.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

105 - TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DE PSEUDOCISTO PANCREÁTICO

SINISGALLI, L. A.; PEDROSO, S.; SILVA, D. CASTILHO; NASSIF, M. T.; SILVA, P. F. A

RESUMO

INTRODUÇÃO: O trabalho apresentado demonstra a abordagem videolaparoscópica para o tratamento de pseudocisto pancreático em um paciente portador de pancreatite crônica. **OBJETIVO:** Mostrar a viabilidade do tratamento videolaparoscópico para o volumoso pseudocisto de pâncreas, minimizando assim a possibilidade de complicações da incisão da laparotomia. **MATERIAL E MÉTODOS:** Paciente com quadro de pancreatite crônica agudizada e presença de dor persistente e vômitos, com aumento de enzimas pancreáticas, ausência de leucitose e tc de abdome compatível com pseudocisto pancreático extenso com compressão extrínseca de vísceras adjacentes. Optou-se por cisto-gastroanastomose realizada pela videolaparoscopia com auxílio do grameador linear. **RESULTADOS:** Paciente evoluiu bem, com melhora importante do quadro álgico, sem complicações intra ou pós operatórias, recebendo alta hospitalar no 5º pós-operatório. **CONCLUSÃO:** A tomografia Computadorizada de controle realizada no 7º dia de pós-operatório demonstrou redução importante do volume do cisto e restante da cavidade abdominal sem alterações. O tratamento cirúrgico videolaparoscópico da pancreatite crônica agudizada complicada com pseudocisto, é uma excelente opção cirúrgica, permitindo melhora clínica importante, redução da morbi-mortalidade, do tempo cirúrgico e de internação hospitalar, além do retorno as atividades cotidianas.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

106 - TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DA MIGRAÇÃO PRECOZE DA VÁLVULA ANTI-REFLUXO APÓS CARDIOPLASTIA

SINISGALLI, L. A.; PEDROSO, S.; SILVA, D. CASTILHO; NASSIF, M. T.; NAGIEL, E. L

RESUMO

INTRODUÇÃO: No Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital Nossa Senhora de Lourdes foram operados 879 pacientes com Doença do Refluxo Gastroesofágico nos últimos 16 anos, observando-se 5 casos de migração aguda da válvula, apresentaremos um dos pacientes. **OBJETIVO:** Demonstrar a reabordagem cirúrgica videolaparoscópica da migração de válvula no 1º dia de pós-operatório de Cardioplastia para tratamento da Doença do Refluxo Gastroesofágico. **MATERIAL E MÉTODOS:** Paciente do sexo feminino, 52 anos, submetida à cardioplastia videolaparoscópica devido à presença de hérnia hiatal associada à Doença do Refluxo Gastroesofágico. No pós-operatório imediato, apresentou vários episódios de vômitos e dor retroesternal. Realizado um Rx de tórax PA e Perfil que evidenciou herniação do estômago para a porção torácica, sendo então indicada nova abordagem Videolaparoscópica. Durante o ato cirúrgico foi constatada a migração do estômago e da válvula para o porção posterior do tórax através do hiato esofágico que se encontrava deiscente. Realizado tração da válvula e reposicionamento com resutura do hiato esofágico. **RESULTADOS:** O paciente recebeu alta hospitalar no 3º pós-operatório, em tratamento de pneumonia

decorrente de atelectasia de base pulmonar esquerda. **CONCLUSÃO:** Esta complicação é previsível e relacionada principalmente aos vômitos no pós-operatório imediato, devendo ser prevenida com uso de ondansetron já durante a indução anestésica. A migração aguda da válvula pode levar à isquemia e necrose do estômago, razão pela qual deve ser tratada tão logo seja diagnosticada, dando-se preferência à abordagem videolaparoscópica. Em alguns casos, devido à intensa aderência do estômago ao tórax pelo gradiente de pressão, a laparotomia e toracotomia às vezes se fazem necessárias.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

107 - TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DA DIVERTICULITE DE SIGMÓIDE AGUDA RECORRENTE

SINISGALLI, L. A.; PEDROSO, S.; SILVA, D. CASTILHO; PERIN, M. A. C; COLOMBO, G

RESUMO

INTRODUÇÃO: Uma boa opção para o paciente portador de Doença Hipertrofica do Sigmóide, que apresenta quadros sucessivos de diverticulite, é a ressecção videolaparoscópica, e quando realizada eletivamente, a anastomose primária é uma alternativa. **OBJETIVO:** Relato de caso de paciente com quadro de diverticulite aguda complicada com abscesso peri-diverticular após 3 crises consecutivas em 3 meses. **MATERIAL E MÉTODOS:** Paciente com diagnóstico de diverticulite aguda, presença de abscesso peridiverticular por tomografia computadorizada de abdome e colonoscopia, associado a sinais clínicos e laboratoriais de atividade da patologia, mantendo dor importante em fossa ilíaca esquerda mesmo após tratamento clínico. Optou-se pela retossigmoidectomia videolaparoscópica com reconstrução primária do trânsito intestinal. **RESULTADOS:** Paciente evoluiu bem, sem complicações intra ou pós operatórias e obteve melhora clínica com alta hospitalar no 3º pós-operatório. **CONCLUSÃO:** O tratamento cirúrgico videolaparoscópico da diverticulite aguda recorrente é uma excelente opção cirúrgica nos casos de complicações inerentes ao processo agudo instalado, permitindo melhora clínica importante, redução da morbi-mortalidade, do tempo de internação hospitalar e do retorno as atividades cotidianas.

Apresentação: Poster

108 - TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DA DIVERTICULITE AGUDA

SINISGALLI, L. A.; PEDROSO, S.; SILVA, D. CASTILHO; NASSIF, M. T.; NAGIEL, E. L.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O trabalho apresentado demonstra a abordagem videolaparoscópica para o tratamento da diverticulite aguda complicada. **OBJETIVO:** Relato de caso de paciente com quadro de diverticulite aguda complicada com abscesso peri-diverticular e retropneumoperitônio. **MATERIAL E MÉTODOS:** Paciente com quadro de diverticulite aguda e presença de abscesso peridiverticular e retropneumoperitônio evidenciado por rx de abdome agudo e tomografia computadorizada de abdome. Inicialmente optou-se por drenagem do abscesso e realização de colostomia protetora, seguida de retossigmoidectomia videolaparoscópica após resolução do quadro agudo, com posterior fechamento da colostomia. **RESULTADOS:** O paciente evoluiu bem, sem complicações intra ou pós operatórias e obteve melhora clínica com alta hospitalar no 5º pós-operatório. **CONCLUSÃO:** O tratamento cirúrgico em três tempos da diverticulite aguda ainda pode ser um boa opção cirúrgica.

gica nos casos de complicações inerentes ao processo agudo instalado, permitindo melhora clínica e redução da morbi-mortalidade.

Apresentação: Poster

109 - EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES NO TRATAMENTO DA DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO POR VIDEOLAPAROSCOPIA

SINISGALLI, L. A.; PEDROSO, S.; SILVA, D. CASTILHO; NAGIEL, E. L.; COLOMBO, G.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Os autores apresentam a experiência do serviço no tratamento da Doença do Refluxo Gastroesofágico por Videolaparoscopia, realizado no período, compreendido entre 1 de Dezembro de 1992 a 30 agosto de 2008. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Foram realizadas 879 cardioplastias, sendo 48,24% pacientes do sexo feminino e 51,76% do sexo masculino, com idade média de 45,5 anos para homens, e 47,5 anos para mulheres. Os pacientes foram internados 01 hora antes da cirurgia, em jejum de, no mínimo 12 horas. Após o ato cirúrgico, no período vespertino, foi introduzida a dieta líquida e, em sua maioria, alta hospitalar 24 horas após o procedimento. **RESULTADOS:** Dentre as técnicas utilizadas para a confecção da válvula podemos destacar: Mista – 536 pacientes (60,97%), Nissen – 242 pacientes (27,53%), Lind – 92 pacientes (10,46%), Lotat-Jacob – 8 pacientes (0,91%) e Lotka – 01 paciente (0,01%). Rotineiramente o controle endoscópico é feito 40 dias após a cirurgia, sendo que na última conferência de 2006 somente 684 pacientes haviam realizado-a (80,09%). Destes: 87,28% apresentavam válvula continente; 34,65% esofagite leve; 5,7% esôfago de Barrett; 0,88% válvula migrada. 170 pacientes permaneceram sem reavaliação, totalizando 19,91% dos operados. As complicações precoces encontradas foram: migração aguda da válvula (5 casos), hemorragias, lesão pleural, abscesso subfrenico, pneumonia e 01 óbito por peritonite. **CONCLUSÃO:** Pelo exposto, conclui-se que a videolaparoscopia é um método que apresenta bons resultados, com baixos índices de morbi-mortalidade, constituindo-se no padrão ouro para o tratamento da Doença do Refluxo Gastroesofágico.

Apresentação: Poster

110 - APENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

SINISGALLI, L. A.; PEDROSO, S.; SILVA, D. CASTILHO; NASSIF, M. T.; PERIN, M. A.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O trabalho apresentado demonstra a técnica utilizada para o tratamento da apendicite aguda por videolaparoscopia no Hospital Nossa Senhora de Lourdes, São Paulo. **OBJETIVO:** Demonstrar a técnica utilizada para o tratamento da apendicite aguda no período de janeiro a agosto de 2008 e os resultados obtidos. **MATERIAL E MÉTODOS:** Durante o ano de 2008 foram abordados cirurgicamente 154 casos de apendicite aguda, sendo 96 casos por via videolaparoscópica e 58 por via convencional. Nesta técnica, o paciente é posicionado em decúbito dorsal horizontal sob anestesia geral, com os braços ao longo do corpo. Um portal de 10mm é posicionado inicialmente na região supra-umbilical, outro de 5mm na linha hemiclavicular esquerda na altura da região inguinal e por último, um de 10mm na linha hemiclavicular direita na altura da região umbilical. É realizada a ligadura do mesoapêndice com bisturi harmônico expondo a base apendicular

para posterior tração da mesma com fio de catagute cromado 2.0 passado por uma agulha de Verres posicionada na altura do segmento. A seguir, é realizado um nó com vicryl 2.0 em sua base, onde é seccionado com o bisturi harmônico e retirado da cavidade abdominal pelo trocater maior. O paciente recebe, em média, alta hospitalar no 1º PO após aceitação da dieta. **RESULTADOS:** Todos os casos obtiveram alta hospitalar no 1º PO e durante este período não obtivemos complicação cirúrgica. Apenas em um caso de realizou-se ileocelectomia por perfuração do apêndice e necrose de ceco. **CONCLUSÃO:** A cirurgia por videolaparoscopia é um método eficaz para o tratamento da apendicite aguda obtendo excelentes resultados em relação à dor pós-operatória, a redução importante da ocorrência de abscessos de parede, além do retorno precoce as atividades habituais.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

111 - DERIVAÇÃO BILIOPANCREÁTICA DE SCOPINARO POR VIDEOLAPAROSCOPIA

SINISGALLI, L. A.; PEDROSO, S.; SILVA, D. CASTILHO; NASSIF, M. T.; SILVA, P. F. A.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Os autores apresentam vídeo de uma cirurgia de Scopinaro modificado, já que não foi realizado colecistectomia. **OBJETIVO:** Demonstrar a técnica de tratamento de obesidade mórbida por via videolaparoscópica. **MATERIAL E MÉTODOS:** Realizou-se uma gastrectomia de 50%, com anastomose gastroileal pré-cólica, oralis parciais, anisoperistáltica, em Y de Roux, mantendo canal alimentar de 2 metros e canal comum de 70 cm. Nesta cirurgia utilizou-se 4 portais de trocateres de 12mm e as anastomoses foram realizadas por grameador linear com grampos azuis e brancos. Retirada do estômago por prolongamento de 4 cm do orifício do trocater do hipocôndrio esquerdo. **CONCLUSÃO:** A derivação biliopancreática é um método seguro, eficaz e apresenta resultados previsíveis no tratamento da obesidade mórbida.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

112 - TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO DE GIST GÁSTRICO VIA ENDO GÁSTRICA

PAULO ROBERTO SAVASSI ROCHA; MARCO ANTONIO CABEZAS; SORAYA RODRIGUES DE ALMEIDA SANCHES

RESUMO

Os Autores apresentam vídeo de GIST gástrico com crescimento endofítico, de 5cm. de diâmetro. A cirurgia é iniciada por laparoscopia quando com ajuda do endoscopista que dilata o estômago, este é fixado à parede abdominal anterior com trocateres de Hasson, um de 12mm, e dois de 5mm. O pneumo gástrico é colocado em insuflação baixa de até 4 Lts/min. Em seguida é localizado o tumor. Este em questão encontrava-se próximo à cárdia. Pelo trocater de 12mm é introduzido endogrampeador articulável com carga azul. Três cargas foram necessárias para a total extirpação do GIST com margem oncológica adequada. Devido ao tamanho optamos pela retirada do tumor via oral pelo endoscopista. Posteriormente são retirados os trocateres do estômago e suturada a parede gástrica com PDS 3-0. Revisão da hemostasia, retirado o pneumoperitônio e fechamento dos portais. Paciente evoluiu com hemorragia da linha de grampos sendo realizada hemostasia via endoscopia. Nos outros casos realizados pela equipe foi realizada sutura endogástrica da linha de grampos com PDS 3-0. O tumor foi positivo para o

marcador oncogênico C-KIT e mostrou poucas mitoses, < de 3 por campo, desta forma de acordo com critérios específicos para estes tumores ele se encontra na categoria de baixo risco - 2-5mm de tamanho, < 5/HPF mitoses. Concluem os AA que é factível a realização via endogástrica destes tumores, nos quais não é necessária uma margem muito extensa de segurança nem linfadenectomia.

Apresentação: Poster

113 - EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES NO TRATAMENTO DA COLECISTOPATIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA

SINISGALLI, L. A.; COLOMBO, G.; PEDROSO, S.; SILVA, D. CASTILHO; NASSIF, M. T.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Os autores relatam o número de casos de colecistopatia tratadas por via Videolaparoscópica, no período compreendido entre fevereiro de 1992 a setembro de 2008. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Foram realizadas 4119 colecistectomia videolaparoscópicas, sendo 69,07% pacientes do sexo feminino e 30,93% do sexo masculino, com idade média de 47 anos para homens e 55 anos para mulheres. A rotina para cirurgia eletiva prevê internação 1 hora antes do procedimento, introdução de dieta no pós-operatório imediato e, em sua maioria, alta hospitalar após 24 horas. **RESULTADOS:** As indicações cirúrgicas foram: colecistopatia crônica calculosa 3078 casos (74,72%), colecistite aguda 764 casos (18,54%), coledocolitíase 135 casos (3,27%) e coledocolitíase insuspeita 43 casos (1,04%) confirmadas por colangiografia intraoperatória obrigatória e outros 99 casos (2,40%), que corresponderam a barro biliar, pólipos, colesterolose, e suspeitas de neoplasia de vesícula biliar. Houve conversão para a via aberta em 122 casos (2,96%). **CONCLUSÃO:** Portanto, a Colecistectomia por Videolaparoscopia é hoje o padrão ouro no tratamento da colecistopatia eletiva ou de urgência, associada ou não a coledocolitíase, devendo ser estimulada em equipes cirúrgicas, com experiência neste método.

Apresentação: Poster

114 - CISTO HEPÁTICO BENIGNO E CORREÇÃO CIRÚRGICA VIDEOLAPAROSCÓPICA. RELATO DE CASO

CASTRO, M. G. B.; MAGALHÃES, E. A.; RIBEIRO, G. J. S.; MEDEIROS, E. C.; SANTOS, A. C.

Apresentação: Poster

115 - DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO CONSIDERAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS - EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE CIRURGIA DO HOSPITAL LIFECENTER

CASTRO, M. G. B.; MAGALHÃES, E. A.; RIBEIRO, G. J. S.; MEDEIROS, E. C.; SANTOS, A. C.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A doença do refluxo gastroesofágico (D.R.G.E) é definida como a afecção crônica decorrente do refluxo de parte do conteúdo gástrico (e por vezes, gastroduodenal) para o esôfago e/ou órgãos adjacentes (faringe, laringe e brônquios), acarretando um espectro variável de sintomas e sinais esofágicos e /ou extra-esofágicos, associados ou não a lesões teciduais. O tema começou a ser abordado em 1946 quando Allison introduziu

o termo esofagite de refluxo. Duas década após Cherry e Marguiles, em 1968, descreveram pela primeira vez o refluxo laringofaríngeo e a ocorrência de úlcera de contato. Os sintomas mais comuns da D.R.G.E são azia e regurgitação ácida, seguidos por outros sintomas como epigastralgia, plenitude pós-prandial, dor retroesternal, náusea e disfagia. Outro sintoma relatado, sem muita frequência, é o mal estar causado pelo aumento de fluxo salivar associado ao início da azia. Os objetivos da terapêutica moderna da D.R.G.E são cicatrizar a lesão da mucosa gastroesofágica, eliminar os sintomas e prevenir ou tratar as complicações. A grande maioria dos pacientes são tratados clinicamente de forma satisfatória. Entre as indicações para o tratamento cirúrgico incluem-se pacientes que não respondem ao tratamento clínico orientado, pacientes que necessitam de tratamento com inibidor de bomba de prótons (I.B.P), impossibilidade do tratamento de manutenção, devido aos custos, e na presença de complicações como esôfago de Barret e estenose. **OBJETIVO:** Analisar a experiência do serviço, discutindo as indicações cirúrgicas, eventuais complicações e principalmente os resultados ao longo do tempo. **MÉTODOS:** Foram analisados retrospectivamente 97 casos de pacientes atendidos e operados pela equipe de cirurgia geral do hospital Lifecenter no período de 2001 a 2009. Todos operados com determinada técnica cirúrgica, cuja escolha baseou-se nas condições clínicas do paciente, idade, grau de refluxo, presença ou não de Barret e ou outras lesões associadas e na experiência do cirurgião. **RESULTADOS:** Foram operados 97 pacientes sendo 53 do sexo masculino e 4 do sexo feminino. As idades variaram entre 25 e 62 anos. Os principais sintomas relatados foram: pirose (64,7%), regurgitação (21%), tosse crônica (11,3%) e dor torácica (3%). O tempo médio do início dos sintomas e a procura do médico foi de 3,5 anos. Todos os pacientes foram submetidos a exame físico completo, estudo endoscópico, pH-métrico e manométrico. A principal indicação cirúrgica foi a falha no tratamento clínico seguida por esôfago de Barret. Cerca de 34% dos pacientes tinham hérnia hiatal grau I e II associada. O tratamento cirúrgico baseou-se nas técnicas de funduplicatura completa de 360° (Nissen-Rossetti), Dor e Tahl ou Toupet e Hill, de acordo com o grau de refluxo, associada à aproximação dos pilares direito e esquerdo do diafragma. Cerca de 97,4% dos pacientes foram submetidos à técnica de Nissen-Rossetti). O tempo operatório variou de 60 a 180 minutos (média 98,9 minutos). Não houve mortalidade. A conversão para cirurgia aberta durante o ato operatório ocorreu em 5 pacientes, as causas foram sangramento intra-operatório e dificuldade técnica para dissecação do esôfago por obesidade mórbida. As complicações pós-operatórias observadas foram infecção do trocater umbilical e disfagia superior a 4 semanas; esta presente em 11 pacientes sendo que destes 1 teve de ser submetido a dilatação com melhora parcial após procedimento. O tempo de internação variou de 24 a 72 horas (média de 37,06 horas). Apenas 9 pacientes (12%) da série continuam a usar I.B.P; os demais ficaram livres de qualquer medicação para controle da doença. Apenas 1 paciente referiu que não operaria novamente ou não recomendaria a cirurgia para outra pessoa. Os parâmetros para a satisfação do paciente segundo Visik foi bom ou excelente em 93,9% dos pacientes. **CONCLUSÃO:** A D.R.G.E, hoje, é conhecida pelos seus principais sinais e sintomas clínicos, Sendo passível de tratamento clínico ou cirúrgico.

Apresentação: Poster

116 - RESSECÇÃO DE CISTO DE MESENTÉRIO POR VÍDEO LAPAROSCOPIA

ANDRADE, FJC; ORSANO, IF; SOUSA, ID; REIS, AP

RESUMO

Os autores apresentam um vídeo que mostra um volumoso cisto de mesentério, tratado por vídeo laparoscopia em Teresina Piauí.

A cirurgia foi realizada utilizando apenas eletrocoagulador monopolar; não havia disponibilidade de bisturi ultrassônico "Ultracision" ou selador de vasos "Ligasure". O Caso mostrado é de uma paciente do sexo feminino, 52anos que abriu um quadro com náuseas, vômitos e desconforto abdominal, após 48h apresentou dor de forte intensidade em flanco esquerdo, febre baixa e massa palpável dolorosa no quadrante inferior esquerdo do abdome. US do abdome, apontou massa sólida no QSE, e uma TC do abdome mostrou Formação expansiva de baixo coeficiente de atenuação, densidade de gordura, em hemiabdomen à esquerda. O histopatológico da peça confirmou cisto de mesentério.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

117 - SIMPATECTOMIA LOMBAR VIDEOLAPAROSCÓPICA - TÉCNICA COM NOVA ABORDAGEM SIMPLIFICADA

OZORIO SAMPAIO MENEZES; SIGFRIED MAX BOETTCHER; AMANDA KETZER MENEZES

Apresentação: Tema e Vídeo livre

118 - CIRURGIA DE STRONG POR VIDEOLAPAROSCOPIA PARA TRATAR SÍNDROME AORTO-MESENTÉRICA

OZORIO SAMPAIO MENEZES; SIGFRIED MAX BOETTCHER; AMANDA KETZER MENEZES

RESUMO

OBJETIVO: na literatura há raros relatos do tratamento da Síndrome de Pinçamento Aorto-Mesentérico (Síndrome de Wilkie ou obstrução vascular do duodeno) por videolaparoscopia realizando a cirurgia preconizada por Strong na década de 50. Várias técnicas tem sido empregadas para tratar cirurgicamente esta síndrome, a saber, duodenojejunostomia, gastrojejunostomia, duodenojejunostomia em Y de Roux e transposição anterior da terceira porção do duodeno, porém, a que os autores apresentam é o único método cirúrgico que trata diretamente a causa anatômica da obstrução vascular do duodeno. MÉTODO: a cirurgia foi realizada em 23/01/2007 em uma paciente com 19 anos, com sintomas de obstrução intestinal intermitente, plenitude pós-prandial e emagrecimento. Tomografia Abdominal Computadorizada e Ressonância Nuclear Magnética demonstraram obstrução duodenal em topografia aortomesentérica. Em vídeo, os autores apresentam a técnica descrita por Strong que consiste em seccionar o Ligamento de Treitz e deslocar a flexura duodeno-jejunal para baixo com boa visibilidade e precisão. RESULTADOS: o tempo cirúrgico foi de 50 min., alta hospitalar com 27 horas de pós-operatório, sem complicações. Até o momento, após 2 anos, a paciente encontra-se assintomática, com remissão dos sintomas e ganho de peso. CONCLUSÃO: a cirurgia preconizada por Strong realizada por videolaparoscopia mostrou ser uma técnica segura e eficiente para tratar a causa da compressão vascular do duodeno, devendo ser considerada como uma boa opção de tratamento cirúrgico frente a esta condição.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

119 - SIMPATIOTOMIA LOMBAR VIDEOLAPAROSCÓPICA - TÉCNICA COM NOVA ABORDAGEM SIMPLIFICADA

OZORIO SAMPAIO MENEZES; SIGFRIED MAX BOETTCHER; AMANDA KETZER MENEZES

RESUMO

OBJETIVO: as técnicas descritas para realizar simpatectomias ou/e simpaticotomias lombares habitualmente são transperitoneais com rebatimento medial dos colons exigindo grandes disseções ou técnica retroperitoneal onde não raro há lesão do peritônio parietal causando aumento do tempo cirúrgico e dissabores ao cirurgião. Os autores apresentam em vídeo a técnicas utilizada nas últimas 50 simpatectomias / simpaticotomias lombares. MÉTODO: para tratamento de hiper-hidroze plantar severa, síndromes dolorosas nos membros inferiores e úlceras isquêmicas foram realizadas simpatectomias / simpaticotomias lombares por videocirurgia desde o ano 2000. Nas últimas 50 simpaticotomias os autores realizaram abordagem direta das cadeias simpáticas rebatendo cranealmente a raiz do mesentério e abrindo o peritônio parietal posterior a nível L3. Foram realizadas uma punção para introdução de óticas de 5 mm em seguida outra para ótica de 10 mm e mais duas punções para trabalho de 5 mm. RESULTADOS: são comentados detalhes técnicos para a realização da simpatectomia / simpaticotomia lombar por videolaparoscopia considerando as vantagens e desvantagens desta nova abordagem e suas peculiaridades técnicas. CONCLUSÃO: a abordagem transperitoneal posterior direta sobre a cadeia simpática permitiu a realização da simpaticotomia lombar com mínimo trauma tecidual, ótima visibilidade, rapidez, segurança e um excepcional resultado cosmético e terapêutico.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

120 - VIDEOCIRURGIA ROBÓTICA: ESTUDO PROSPECTIVO RANDOMIZADO

CAROLINA CHACON COSENTINO; JOÃO GUILHERME REIS MELO DE SOUZA; EDUARDO KANAAN; RICARDO ZORRÓN; MARIA DONATA SUTTI LOPES COSTA REIS

RESUMO

OBJETIVOS: A videocirurgia com tecnologia robótica é um avanço médico e tecnológico recente, sendo o conceito de cirurgia-solo uma das aplicações práticas que podem permitir um maior controle e precisão na cirurgia. Este estudo prospectivo randomizado foi designado para avaliar a curva de aprendizado da cirurgia-solo com o AESOP 3000 para colecistectomia laparoscópica, avaliando resultados e aplicações desta nova técnica. CASUÍSTICA E MÉTODOS: Trinta (30) pacientes portadores de colelitíase foram randomizados para serem submetidos à videocirurgia ou colecistectomia com assistência robótica. Quinze pacientes foram submetidos à colecistectomia robótica, utilizando a câmera com comando de voz AESOP 3000 e um braço mecânico fixo, permitindo a realização dos procedimentos sob o conceito de cirurgia-solo (sem auxiliares). A câmera posicionada no trocarter umbilical, foi ajustada para receber comando de voz através do transmissor HERMES, permitindo também a gravação de posições-chave. Um braço mecânico foi ligado à mesa cirúrgica para retração fixa de órgãos quando necessário. O grupo controle consistiu de quinze pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica padrão. RESULTADOS: As cirurgias transcorreram sem anormalidades, não havendo necessidade de conversão, sendo necessária a retirada do AESOP para realização de câmera manual em um caso. O tempo operatório foi aumentado para permitir o tempo de ajuste do aparelho que foi, em média, de 21,9 min. Não foram documentadas complicações locais ou sistêmicas pós-operatórias. Quanto ao tempo de internação, a maioria dos pacientes receberam alta em 24-48hs (86,7%). O grau de satisfação subjetiva da equipe com o auxiliar robótico foi de 3,94. CONCLUSÃO: As potenciais vantagens do AESOP 3000 e dos sistemas de telecirurgia podem ser vislumbradas nesta avaliação inicial. A curva de aprendizado é simples e permitiu a realização das cirur-

gias por residentes em treinamento. Apesar de maior tempo operatório que o procedimento laparoscópico padrão, a assistência robótica mostrou maior precisão e estabilidade de câmera, sendo um passo inicial para a realização de videocirurgia robótica à distância.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

121 - ENUCLEAÇÃO DE INCIDENTALOMA DE PÂNCREAS POR VIDEOLAPAROSCOPIA GUIADA POR ULTRASONOGRAFIA ENDOSCÓPICA

JOSÉ DE RIBAMAR SABÓIA DE AZEVEDO; RAFAEL MASSAO DA SILVA NAGATO; GLÓRIA MARIA LUCAS COSTA; ANDÉIA TRINDADE ALVES DE MENEZES; GUISELLA MARTINS GFLÜGER; ABDON HISSA; LÚCIA CHAVES FELDMAN

RESUMO

A evidência de uma tumoração pancreática representa um grande desafio clínico. Mesmo com os grandes avanços da medicina laboratorial e de imagem, a diferenciação entre lesões benignas e malignas é muito difícil e, na maior parte, dependente de métodos invasivos para fazê-la. Além disso, com o advento e difusão de exames de alta resolução, muitas tumorações assintomáticas são descobertas, adicionando aos incidentalomas as múltiplas possibilidades diagnósticas. Em um recente estudo avaliando tumores pancreáticos, por volta de 6% eram incidentalomas e destes 31% malignos. A malignidade foi mais comum quando maiores que 2 cm, enquanto que quando menores que 2 cm ou císticos provavelmente são benignos. Cirurgias pancreáticas são associadas com alta morbidade e ligeiro risco de mortalidade, porém, a única chance de cura e sobrevida a longo prazo para pacientes diagnosticados com neoplasia de pâncreas é a sua ressecção cirúrgica. Dentre as malignidades do trato gastrointestinal, o câncer do pâncreas é o segundo em frequência, atrás apenas das neoplasias do cólon, porém lidera em gravidade e agressividade, com pequena porcentagem de ressecção, cura e resposta à quimioterapia ou radioterapia. Os tumores neuroendócrinos tem sua incidência estimada de 1 para cada 100,000 pessoas por ano. Estudos em autópsias sua incidência é 1000 a 2000 vezes maior que em séries clínicas, sendo a maioria não funcionante e benigno. Dos tumores neuroendócrinos o insulinooma é o mais comum, com incidência de aproximadamente 1 para 1 milhão de pessoas. Em 75% dos casos são benignos. O glucagonoma é causador de uma síndrome de erupção cutânea característica, porém rara, associado a diabetes melito, anemia, perda de peso e elevação dos níveis circulantes de glucagon. Sua maioria é maligno, porém, se necessário, é justificada uma abordagem mais agressiva na remoção do tumor primário e metástases. O tratamento cirúrgico é a única modalidade de tratamento existente para tumores neuroendócrinos ressecáveis. A abordagem varia com o tipo de tumor, localização e tamanho. Quando benignos menores que 2 a 3 cm podem ser tratados com enucleação. No entanto, malignos ou maiores que 3 cm necessitam de uma abordagem mais agressiva e com margens de segurança, necessitando de linfadenectomia regional, duodenopancreatectomia ou pancreatectomia distal de acordo com sua localização. A presença de metástase distante não contra-indica ressecção, a sendo feita quando possível, com resultante melhor sintomática nos tumores funcionais. Tradicionalmente a abordagem cirúrgica nos tumores pancreáticos é feita por via laparotômica. A laparoscopia para cirurgia pancreática foi introduzida em 1994 para pacientes com pancreatite crônica e em 1996 Gardner et al descreveu a ressecção de tumores neuroendócrinos por laparoscopia. Ainda assim a experiência mundial é limitada, restrita a grandes centros e a experientes cirurgiões laparoscópicos. As vantagens da laparoscopia inúmeras e muito bem fundamentadas, com menor dor e necessidades analgésicas, tempo de internação, e retorno das atividades laborais

mais precoces quando comparadas com a laparotomia. A combinação de palpação digital por experiente cirurgião e ultrasonografia intra-operatória é o método mais sensível para localização de neoplasias neuroendócrinas pancreáticas durante a cirurgia. Porém, novas tecnologias tem permitido a aplicação de técnicas consagradas em cirurgias abertas em modelos minimamente invasivos. Com a laparoscopia na ressecção de tumores pancreáticos, a localização intra-operatória torna-se um desafio. A despeito da localização pré-operatória, em 36% de tumores neuroendócrinos não são identificados durante a laparoscopia, resultando em conversão para laparotomia. A adoção da ultrasonografia laparoscópica vem a enriquecer as cirurgias minimamente invasivas. Para o glucagonoma a ultra-sonografia laparoscópica facilita sua localização e constitui um passo importante no estabelecimento da laparoscopia como padrão para ressecção dessas neoplasias. Tanto a enucleação quanto a ressecção pancreática laparoscópica para glucagonomas tem sido realizadas com índices de sucesso que chegam a 100%. A enucleação não é um procedimento fácil, que exige perícia e experiência, no entanto oferece claros benefícios aos pacientes, como uma abordagem menos traumática com completa remoção do tumor sem perda de parênquima pancreático, esplenectomia ou gastroduodenectomia como parte da estratégia cirúrgica. Na literatura a incidência de complicações na enucleação laparoscópica é de 20 a 30%, sendo mais comuns quando realizadas na cabeça e menores no corpo e cauda pancreáticas, geralmente apresentam comportamento benigno e podem ser tratadas conservadoramente com grande índice de sucesso. Nas pancreatectomias corpo-caudais a incidência de fístulas são menores, porém com os malefícios já citados. Ainda não há consenso a respeito das indicações e limites da abordagem laparoscópica em pacientes com tumores neuroendócrinos do pâncreas. Alguns cirurgiões tem sugerido que neoplasias pancreáticas malignas são contra-indicações a ressecção laparoscópica. No entanto, em recente relato do Hospital Clínic de Barcelona a ressecção laparoscópica foi realizada em 49 pacientes com tumor neuroendócrino, tanto benignos (77,5%) quanto malignos (22,5%), demonstrando que possível e segura, alcançando margens negativas em alta porcentagem nas malignidades, além de associar todos os benefícios da laparoscopia. Com isso, a cirurgia laparoscópica pancreática, mesmo com alguns pontos em discussão, é uma realidade mundial, em concretização como a melhor abordagem às patologias pancreáticas. Mesmo restrita a alguns centros e cirurgiões, em nosso meio ainda é possível oferecer tratamento de primeira linha aos nossos pacientes, com resultados e benefícios comparáveis aos internacionais. Este vídeo vem para ilustrar a abordagem de uma paciente com incidentaloma não funcionante de pâncreas. Sendo realizado laparoscopia, confirmação da localização do tumor com ultrasonografia endoscópica e enucleação do tumor, cujo resultado histopatológico foi de glucagonoma benigno.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

122 - TÉCNICA DE APENDICECTOMIA RETROCECAL VIDEOLAPAROSCÓPICA

JOSÉ DE RIBAMAR SABÓIA DE AZEVEDO; RAFAEL MASSAO DA SILVA NAGATO; GLÓRIA MARIA LUCAS COSTA; JOÃO GUSTAVO CELANI DUARTE; ANDRÉIA TRINDADE ALVES DE MENEZES; GUISELLA MARTINS PFLÜGER; JOSÉ LUIS PANTALEÃO FALCÃO

RESUMO

Apendicite é a causa mais comum de emergência abdominal aguda. Esta doença acomete todas as faixas etárias, mas tem mais alta incidência em crianças entre 5 e 14 anos e um segundo pico na população idosa. Sua exata etiologia não é conhecida, no entanto, a obstrução do lúmen apendicular é aceito com o evento

precipitante. O apêndice no adulto pode variar em seu comprimento, mas em geral, mede em torno de 9 cm de comprimento. Embora a base do apêndice esteja localizada na confluência das ténias, na base do ceco, sua extremidade pode estar localizada em uma variedade de posições. Sua localização mais comum, presente em 65% dos vezes, é retrocecal, porém, dentro da cavidade peritoneal, pois a posição mais inferior do ceco está dentro da cavidade peritoneal. Sua posição retrocecal carrega importantes aspectos clínicos. A apresentação se torna atípica, implicando em atraso no diagnóstico, e em doença em estágio mais avançado. Isso resulta em aumento da dificuldade técnica, não apenas por sua posição de mais trabalhosa abordagem, como também na presença de complicações como abscessos e perfurações. Como a ponta do apêndice, em posição cefálica, pode não ser claramente visível, a apendicectomia retrógrada com a secção da sua base com stapler pode ser a melhor alternativa. O mesoapêndice deve ser seccionado escalonadamente com a preocupação da não lesar o íleo distal, criando uma janela para expor bem a base apendicular e a entrada do íleo distal no ceco, após a secção de sua base seguirá a dissecação em direção à ponta. Para que o apêndice seja visualizado em toda sua extensão, é necessária a abertura da fásia de Toldt direita, rebatendo o ceco e cólon ascendente medialmente. Sem que esta manobra seja realizada, a exposição do apêndice não será adequada, aumentando as complicações e não garantindo que o apêndice seja retirado por completo. A área deverá ser irrigada com solução salina e aspirada e a peça retirada com "Bag" para diminuir a chance de infecção da ferida operatória. Estes vídeos demonstram a realização de apendicectomias retrocecais, enfatizando como a liberação do ceco e cólon ascendente, pela abertura da fásia de Toldt direita, expõe o apêndice, desde sua base a sua ponta, facilitando a realização do procedimento e permitindo que o seja feito com maior segurança e menores complicações.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

123 - ESPLENECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: TÁTICA DE EXPOSIÇÃO COM CONTROLE EXTERNO

ELTON FRANCISCO NUNES BATISTA; GUSTAVO ADOLFO PAVAN BATISTA

RESUMO

Apesar dos avanços da videocirurgia no que se refere à variedade e melhoria do instrumental, muitas vezes conta mais o que se pode inovar na prática diária com táticas facilitadoras. Evidente que os avanços na qualidade dos eletrocirúrgicos de última geração têm permitido realizar os procedimentos hemostáticos com mais segurança e rapidez. Ainda assim, em alguns procedimentos e principalmente na esplenectomia, existe o aspecto da exposição visceral. Têm sido descritas múltiplas condutas como o afastamento com instrumental, a utilização de uma mão auxiliar e outras medidas facilitadoras de exposição. Há algum tempo idealizamos um método simples, inócuo e sem custo para a fixação e exposição do baço, que consiste de uma alça de fio que é introduzida na cavidade através de uma agulha e que pode ser controlada externamente. Essa pequena manobra tem contribuído na exposição do baço para a esplenectomia, tanto na liberação do órgão como na sua captação com a bolsa de extração. Esta tática já foi utilizada em pacientes com baços de até três vezes o seu tamanho normal, em alguns casos com a passagem de mais de uma alça de fio. Somente tivemos a oportunidade de utilizá-la uma única vez em baço muito grande (acima de cinco vezes o tamanho normal) com a utilização de alças múltiplas. Esta tática tem permitido que, na maioria das vezes, com apenas três acessos se possa realizar as operações de forma confortável. O presente trabalho em vídeo visa focar especificamente a utilização da alça de fio com controle externo, mas também mostra que, em alguns casos, a falta de modernos equipamentos

eletrocirúrgicos não deve ser um fator limitante para esta operação. Os recursos tradicionais mais simples da eletrocirurgia, associados aos procedimentos de ligadura ou clipagem podem ser suficientes em alguns Centros que não disponham de recursos mais sofisticados. Esta tática tem sido utilizada desde 1997. Na maioria das vezes tem permitido que se realize a esplenectomia com os mais variados recursos de hemostasia com a mesma segurança porque o pedículo vascular fica mais bem exposto. Iniciamos com a ligadura e/ou clipagem de todos os vasos, passando depois pelo bisturi mono e bipolar. Hoje temos realizado a esplenectomia com os atuais e modernos equipamentos do tipo bisturi ultrassônico e o ligasure, sempre utilizando a "alça facilitadora".

Apresentação: Poster

124 - PANCREATECTOMIA CAUDAL COM ESPLENECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA NO TRATAMENTO DE METÁSTASE DE TUMOR OVARIANO. RELATO DE CASO

FERNANDO AUGUSTO DE VASCONCELLOS SANTOS; ALBERTO JULIUS ALVES WAINSTEIN; BRUNO RIGHI RODRIGUES DE OLIVEIRA; MILHEM JAMELEDIEN MORAIS KANSAON; GERALDO FELÍCIO DA CUNHA JÚNIOR

RESUMO

A ressecção laparoscópica do pâncreas permanece incomum. A Literatura publicada até o momento cita como vantagens do procedimento as pequenas incisões, redução da dor pós-operatória, retorno precoce às atividades cotidianas e diminuição das complicações relacionadas à ferida, sem perda da radicalidade oncológica. Relatamos o caso de paciente do sexo feminino, 73 anos, submetida em agosto de 2004 a pan-histerectomia com esvaziamento linfonodal e omentectomia devido a adenocarcinoma de ovário. Realizada quimioterapia adjuvante. Em janeiro de 2008 apresentou quadro de emagrecimento e à ultrassonografia nota-se lesão em baço. A tomografia multislice do abdome mostrou lesão expansiva no pedículo esplênico, envolvendo seu parênquima e cauda pancreática, sem evidências de doença em outro local. Foi indicada laparoscopia prévia a laparotomia para estadiamento, já que em casos de recidiva de câncer de ovário frequentemente a doença é multicêntrica, contra-indicando qualquer procedimento cirúrgico com finalidade não paliativa. Em março de 2008 submetida a laparoscopia que ao contrário do esperado mostrou lesão metastática única acometendo o baço e cauda do pâncreas. A paciente foi então submetida a pancreatectomia caudal com esplenectomia videolaparoscópica em monobloco sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no 5o dia de internação. Resultado anatomopatológico e imunohistoquímico de metástase de adenocarcinoma de ovário em baço. Está em controle ambulatorial periódico, evoluindo com ganho de peso, sem evidências de recidiva. A videolaparoscopia permitiu realização de cirurgia oncológica radical, com boa evolução pós operatória e retorno rápido às suas atividades habituais.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

125 - RETIRADA LAPAROSCÓPICA DE TUMOR DE FUNDO GÁSTRICO JUNTO À TRANSIÇÃO ESOFAGO-GÁSTRICA

PAULA VOLPE; CARLOS EDUARDO DOMENE

RESUMO

O vídeo demonstra todos os passos importantes e sistematização técnica da retirada de tumor de fundo gástrico junto à TEG com auxílio de endoscopia intra-operatória. Tratava-se de caso suspeito de GIST por biópsia prévia realizada através de eco-

endoscopia. A tática operatória foi individualizada, optando-se por gastrotomia na face anterior e retirada completa do tumor e biópsia de congelação, que definiu a benignidade do mesmo e complementação da cirurgia com fechamento da mucosa e da gastrotomia.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

**126 - DERIVAÇÃO DUODENOJEJUNAL
VIDEOLAPAROSCÓPICA PARA TRATAMENTO DE
OBSTRUÇÃO DUODENAL POR PÂNCREAS ANULAR:
DESCRIÇÃO DE TÉCNICA CIRÚRGICA**

BRUNO ZILBERSTEIN; MAURICIO PAULIN SORBELLO; ALEXANDRE B. BERTONCINI; IVAN CECCONELLO

RESUMO

INTRODUÇÃO: O pâncreas anular é uma anomalia congênita rara, de tratamento cirúrgico somente nos casos sintomáticos. O início dos sintomas pode ocorrer de forma tardia e a realização do diagnóstico de forma precoce, implica em alta suspeita clínica. A complicação mais freqüente causada por esta entidade é a obstrução do esvaziamento gástrico, condição na qual o tratamento cirúrgico se impõe. Com o advento da videolaparoscopia e as vantagens do método minimamente invasivo buscou-se a realização do procedimento utilizando-se esta, como via de acesso. **OBJETIVO:** Apresentar os passos técnicos para a realização de duodenojejunoanastomose para correção do quadro obstrutivo duodenal, através de via laparoscópica, em paciente com pâncreas anular. **MÉTODOS:** Paciente de 38 anos, sexo feminino, portadora de Síndrome de Down, obesa (IMC=31,74 kg/m²), sem outras comorbidades. Previamente assintomática, há dois anos iniciou com quadro de disfagia e vômitos pós-prandiais, associado à dor abdominal e perda de 20kg. A suspeita clínica feita através de exame contrastado de esôfago-estômago-duodeno (EED), foi confirmada após realização de tomografia computadorizada de abdome, evidenciando tecido pancreático circundando o duodeno entre a segunda e terceira porções duodenais e dilatação gastroduodenal a montante. **RESULTADOS:** A paciente foi submetida a tratamento cirúrgico, através de anastomose duodenojejunal látero-lateral, mecânica videolaparoscópica. Apresentou boa evolução pós-operatória, com adequada aceitação alimentar. Recebeu alta hospitalar no quarto dia pós-operatório, quando realizou exame radiológico contrastado EED, que evidenciou anastomose pérvia, com bom esvaziamento duodenal. A paciente segue em acompanhamento ambulatorial assintomática, com tolerância plena a todos os tipos de alimento. **CONCLUSÃO:** Apesar de não haver trabalhos comparativos entre a utilização de laparotomia e laparoscopia como vias de acesso para tratamento cirúrgico de quadro obstrutivo intestinal causado por pâncreas anular, acreditamos tratar-se esta última de um método minimamente invasivo, seguro e plenamente factível para tratamento desta afecção, com menor trauma operatório e retorno mais precoce às atividades.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

**127 - TRATAMENTO CIRÚRGICO PALIATIVO DO CÂNCER DE
ESÔFAGO POR VIDEOLAPAROSCOPIA E TORACOSSOPIA
COMBINADOS. RELATO DE CASO**

PAULO CÉSAR GALVÃO DO AMARAL; JOÃO EDUARDO M. T.M. ETTINGER; THALES DELMONDES GALVÃO; RODOLFO CARVALHO SANTANA; EDVALDO FAHEL

RESUMO

INTRODUÇÃO: A esofagectomia total para tratamento de câncer esofágico é um procedimento cirúrgico que agrega altos índices

de morbi-mortalidade (40% e 6%, respectivamente). Visando reduzir tais índices a cirurgia minimamente invasiva vem ganhando espaço na terapêutica desta patologia nos últimos anos. **OBJETIVOS:** Demonstrar a factibilidade da esofagectomia subtotal por via laparoscópica e toracoscópica combinadas no tratamento paliativo da neoplasia de esôfago. **MATERIAL E MÉTODOS:** Paciente R.A.B., sexo masculino, 65 anos, portador de carcinoma escamocelular bem diferenciado avançado localmente em terço médio de esôfago. **RESULTADOS:** Paciente submetido a toracoscopia à direita com ligadura da veia ázigos e dissecação do esôfago. Por videolaparoscopia foi realizada liberação do estômago e piloroplastia. Realizado cervicotomia com retirada do esôfago e confecção de anastomose esôfago-gástrica. Paciente evoluiu sem intercorrências recebendo alta no 10º DPO. **CONCLUSÕES:** A esofagectomia subtotal por laparoscopia e toracoscopia combinadas neste caso mostrou-se factível, segura e apresentando um tempo de permanência hospitalar reduzido.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

**128 - PANCREATECTOMIA DISTAL VIDEOLAPAROSCÓPICA
COM PRESERVAÇÃO ESPLÊNICA**

PAULO CÉSAR GALVÃO DO AMARAL; ERIC ETTINGER JR; JOÃO EDUARDO TAVARES DE MENEZES ETTINGER; THALES DELMONDES GALVÃO; RODOLFO CARVALHO SANTANA; EDVALDO FAHEL

RESUMO

INTRODUÇÃO: Com o avanço tecnológico e a experiência com laparoscopia procedimentos mais complexos vem sendo realizados por esta via. Ressecções pancreáticas acompanharam esta evolução sendo factível em centros com grande experiência. Devido à baixa casuística e complexidade cirúrgica não há padronização deste procedimento. **OBJETIVO:** Relatar um caso de pancreatectomia distal videolaparoscópica com preservação esplênica. **MATERIAL E MÉTODO:** Paciente masculino, 55 anos, com quadro de empachamento pós-prandial há um ano da admissão com evidência radiológica de cisto em corpo de pâncreas. Os dados foram obtidos através de consulta retrospectiva do prontuário do paciente. Imagens de exames radiológicos e do procedimento foram realizados e editados com o consentimento do mesmo. **RESULTADOS:** Paciente submetido à laparoscopia. Procedimento realizado sem intercorrências, com uso de seis portais laparoscópicos, tempo operatório de 180 minutos. Não houve necessidade de transfusão de hemocomponentes. O paciente cursou com amilase do dreno elevada no 3o dia pós-operatório, com drenagem inferior a 50ml/dia, com redução em 24 horas após suspensão da dieta e introdução de octreotida. Permaneceu 24 horas em unidade de terapia intensiva, com permanência hospitalar de 6 dias. **CONCLUSÕES:** Neste caso a pancreatectomia distal videolaparoscópica com preservação do baço mostrou-se segura, eficaz e com baixo tempo de internamento.

Apresentação: Poster

**129 - RESSECÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA DE TUMORES
GÁSTRICOS ASSISTIDOS POE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

PAULO CÉSAR GALVÃO DO AMARAL; JOÃO EDUARDO M. T.M. ETTINGER; ERIC ETTINGER JR; MARIA CRISTINA BARRROS MARTINS; HUGO ALESSI LIMA MARTINS SOARES; EDVALDO FAHEL

RESUMO

INTRODUÇÃO: A ressecção endoscópica de tumores gástricos vem sendo amplamente utilizada para o tratamento de lesões de

comportamento benigno e de tumores que não necessitam linfadenectomia, como leiomiomas e GIST. Em alguns casos, pelo tamanho do tumor ou por limitações técnicas, essa ressecção não é possível. A associação da endoscopia digestiva alta (EDA) com a videolaparoscopia ganha indicação nestes casos, mantendo os benefícios da cirurgia minimamente invasiva. OBJETIVOS: Relatar quatro procedimentos de ressecção videolaparoscópica assistida por EDA. MATERIAIS E MÉTODOS: Quatro casos de tumor gástrico que não necessitaram de linfadenectomia. Os dados foram obtidos através de consulta retrospectiva do prontuário dos pacientes. As imagens exibidas foram realizadas e editadas após consentimento da família. RESULTADOS: Realizou-se EDA intraoperatória para localização exata da lesão. A ressecção gástrica foi realizada com grameador linear 45mm, sendo observado por EDA para confirmação de exérese de toda a lesão. Os segmentos ressecados foram retirados por endobag. Os pacientes evoluíram satisfatoriamente, tendo alta hospitalar no 2º DPO sem intercorrências e com boa aceitação da dieta. CONCLUSÕES: A ressecção laparoscópica de tumores gástricos que não necessitam de linfadenectomia, associada à métodos endoscópicos é segura e factível, evitando ressecções gástricas maiores.

Apresentação: Poster

130 - CORREÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA DE HÉRNIA EPIGÁSTRICA COM TELA DUPLA FACE. RELATO DE 01 CASO

JOAO EDUARDO T. M. T. ETTINGER; PAULO CESAR GALVÃO DO AMARAL; ERIC ETTINGER JR; HUGO ALESSI LIMA MARTINS SOARES; EDVALDO FAHEL

RESUMO

INTRODUÇÃO: O uso da videolaparoscopia para correção de hérnias da parede abdominal é uma realidade, tendo sido opção terapêutica cada vez mais indicada pelos cirurgiões. O uso da tela intra-peritoneal com grameamento em dupla coroa é uma nova opção terapêutica no tratamento das hérnias ventrais. **OBJETIVO:** Relato de um caso de uso da tela intra-peritoneal para correção de hérnia epigástrica. **MATERIAL E MÉTODO:** Foi realizada técnica de hernioplastia ventral laparoscópica com colocação de tela intra-peritoneal com dupla face – Parietex® (poliéster/colágeno-polietilenoglicol-glicerol), com fixação da tela tipo dupla coroa (double crown technique). O paciente foi submetido a laparoscopia com uso de três portais, um de 10mm e dois de 5mm passados em região lateral E do abdome, realizou-se redução do conteúdo do saco herniário, com identificação da falha aponeurótica. Procedeu-se a marcação da falha na parede abdominal externa com azul de metileno (dupla coroa), envolvendo a área de aponeurose enfraquecida; utilizou-se tela com 9cm em seu maior diâmetro e 6cm de tela além do defeito lateralmente, superiormente e inferiormente, fixando-se a tela com grameador tacker com duas linhas de grameamento (double crown). **RESULTADOS:** Paciente A. A. F., 37 anos, masculino, submetido a hernioplastia ventral videolaparoscópica com colocação de tela dupla face - Parietex® (poliéster/colágeno-polietilenoglicol-glicerol) intraperitoneal, evoluiu sem intercorrências no pós-operatório, com mínimo desconforto abdominal; a cirurgia teve tempo médio de 1 hora. O paciente teve alta hospitalar após 24h do procedimento sem queixas algicas. **CONCLUSÕES:** Observamos que esta técnica é segura, sendo necessária experiência do cirurgião com videocirurgia avançada. É uma abordagem que proporciona menor tempo operatório, incisões diminutas, sem nenhuma área de descolamento subcutâneo, reduzindo substancialmente o índice de complicações da ferida operatória, como o seroma (tão presente nas hérnias incisionais), além de não ser necessário o uso de drenos intrabdominais e alta hospitalar precoce.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

131 - REOPERAÇÃO LAPAROSCÓPICA EM PACIENTES SUBMETIDOS A FUNDOPLICATURA

ALCIDES JOSE BRANCO; SATURNINO RIBEIRO DO NASCIMENTO NETO; WILLIAN KONDO; ANIBAL WOOD BRANCO; WILSON LUIS ERZINGER; MARLON RANGEL; JARBAS VALENTE

RESUMO

INTRODUÇÃO: Estudos atuais têm demonstrado que muitos dos pacientes submetidos a fundoplicatura laparoscópica, principalmente “Floppy Nissen Rossetti”, não estão protegidos do refluxo ácido. Isso é de grande importância nos pacientes com esôfago de Barrett pois estes necessitam além do alívio dos seus sintomas, proteção completa contra o refluxo devido ao risco de evolução de sua doença para a displasia e câncer. **MÉTODO:** Apresentação de vídeo de reoperação totalmente laparoscópica em pacientes já submetidos a fundoplicatura. **CONCLUSÃO:** Há uma tendência atual de fundoplicatura longa e frouxa ao invés da fundoplicatura curta e frouxa. A reoperação dos pacientes sintomáticos e/ou com esôfago de Barrett é factível mas deve ser realizada por cirurgião experiente e equipe treinada.

Apresentação: Poster

132 - CORREÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA DE HÉRNIA VENTRAL DA PAREDE ABDOMINAL COM TELA DUPLA FACE. RELATO DE DOIS CASOS

JOAO EDUARDO T. M. T. ETTINGER; PAULO CESAR GALVÃO DO AMARAL; ERIC ETTINGER JR; HUGO ALESSI LIMA MARTINS SOARES; EDVALDO FAHEL

RESUMO

INTRODUÇÃO: O uso da videolaparoscopia para correção de hérnias da parede abdominal é uma realidade, tendo sido opção terapêutica cada vez mais indicada pelos cirurgiões. O uso da tela intra-peritoneal com grameamento em dupla coroa é uma nova opção terapêutica no tratamento das hérnias ventrais. **OBJETIVO:** Relato de dois casos de uso da tela intra-peritoneal, sendo dois casos de hernioplastia incisional. **MATERIAL E MÉTODO:** Foi realizada técnica de hernioplastia ventral laparoscópica com colocação de tela intra-peritoneal com dupla face – Parietex® (poliéster/colágeno-polietilenoglicol-glicerol), com fixação da tela tipo dupla coroa (double crown technique). Os 2 pacientes foram submetidos a laparoscopia com uso de três portais, um de 10mm e dois de 5mm passados em região lateral E do abdome; realizou-se redução do conteúdo do saco herniário, com identificação da falha aponeurótica. Procedeu-se a marcação da falha na parede abdominal externa com azul de metileno (dupla coroa), envolvendo a área de aponeurose enfraquecida; utilizou-se tela 25 x 30cm tendo sido dissecada toda a face parietal da aponeurose, sendo identificadas várias outras falhas na linha média, além da hérnia incisional. Moldamos a tela à área de defeito aponeurótico, com 05cm de tela além do defeito lateralmente, superiormente e inferiormente, fixando-se a tela com grameador tacker com duas linhas de grameamento (double crown). **RESULTADOS:** Dois pacientes, R. A. C. 64 anos, masculino, e C.A.S., 53 anos, submetidos a hernioplastia videolaparoscópica com colocação de tela dupla face Parietex® (poliéster/colágeno-polietilenoglicol-glicerol) evoluíram sem intercorrências no pós-operatório, com mínimo desconforto abdominal; as operações tiveram tempo médio de uma hora. Os pacientes tiveram alta hospitalar após 24h do procedimento sem queixas algicas. **CONCLUSÕES:** Observamos que esta técnica é segura, sendo necessária experiência do cirurgião com videocirurgia avançada. É uma abordagem que proporciona menor tempo operatório, incisões diminutas, sem nenhuma área

de descolamento subcutâneo, reduzindo substancialmente o índice de complicações da ferida operatória como o seroma (tão presente nas hérnias incisionais), além de não ser necessário o uso de drenos intrabdominais e alta hospitalar precoce.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

133 - COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM PACIENTE COM SITUS INVERSUS TOTALIS

ALMEIDA, AD; AZEVEDO, LR; MURITIBA JR, DC; VIANA, D; NEPOMUCENO, EC; CARNEIRO, GC

RESUMO

INTRODUÇÃO: Situs inversus totalis é uma condição rara, que apresenta uma prevalência de 0,01% da população geral nos Estados Unidos, e caracteriza-se pela transposição dos órgãos abdominais e torácicos para o lado oposto do corpo. O objetivo deste trabalho é o de relatar o caso de uma paciente com esta condição submetida à colecistectomia videolaparoscópica por colelitíase sintomática, realizando uma breve discussão sobre a patologia e a técnica cirúrgica. **RELATO DO CASO:** Trata-se de uma paciente adulta, feminina, com quadro de dor em hipocôndrio esquerdo e diagnóstico de situs inversus totalis que foi submetida a colecistectomia videolaparoscópica sem intercorrências. **DISCUSSÃO:** visto a escassez de dados na literatura sobre o tema, este relato contribui para um melhor conhecimento a cerca da anatomia, aspectos clínicos e tratamento cirúrgico de colelitíase em pacientes com esta doença.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

134 - RESSECÇÃO LAPAROSCÓPICA DE GIST EM ESTÔMAGO EXCLUSO PÓS GRYR

FABIANO DE OLIVEIRA FERNANDES; RENAM CATHARINA TINOCO; AUGUSTO CLÁUDIO TINOCO; JEHOVAH GUIMARÃES TAVARES; LÍVIA RODRIGUES DE AGUIAR; LETÍCIA PEREIRA MAGALÃES; LINCOLN RANGEL MEDEIROS TEIXEIRA

RESUMO

OBJETIVO: Relatar um caso de ressecção laparoscópica de tumor estromal em estômago excluído pós gastroplastia redutora em Y de Roux (GRYR) avaliando a sua efetividade e segurança. **RELATO DO CASO:** V.L.V., 56 anos, feminino, assintomática, pós operatório tardio de GRYR apresentou à ultrassonografia imagem hipocogênica sugestiva de tumor localizado em estômago excluído. Exame físico e laboratorial sem alterações. Paciente posicionado em decúbito dorsal com o cirurgião à sua direita e o auxiliar à esquerda. Acesso à cavidade com 06 trocartes utilizando ótica de 10 mm. **RESULTADOS:** Não houve necessidade de conversão cirúrgica. O exame anatomopatológico revelou tumor estromal gástrico (GIST). A paciente evoluiu bem, sem dor no pós-operatório e recebendo alta em 48h. **CONCLUSÃO:** O procedimento laparoscópico mostrou-se eficaz e seguro. As vantagens desta abordagem consistem em menos dor, mais rápida recuperação pós-operatória e retorno às atividades.

Apresentação: Poster

135 - HÉRNIA DE PETIT BILATERAL - RELATO DE CASO

GUSTAVO SASSO BENSO MACIEL; ROMEO LAGES SIMÕES; CARLOS EDUARDO DE GODOI MARINS; FELIPE DE SOUZA VIAL; PETERSON ANTÔNIO LOPES FERRAZ; CAIO DUARTE NETO; DANILO NAGIB SALOMÃO PAULO

RESUMO

A hérnia lombar de Petit é uma protrusão anormal de gordura pré-peritoneal ou víscera através da fáscia fibromuscular da parede posterior do abdome na borda superior da crista ilíaca. É uma doença rara, que se manifesta habitualmente por meio de uma tumefação lombar inferior unilateral. Ocorre bilateralmente em menos de 10% dos casos. Pode ser corrigida por via laparotômica ou videolaparoscópica. **RELATO DO CASO** Mulher, 40 anos, procurou o pronto socorro queixando-se de tumor nas costas, com início há 20 anos, de crescimento progressivo, dor local em queimação de forte intensidade. Relatou vômitos esporádicos, negou alterações intestinais ou urinárias, e história de cirurgia ou trauma local. Ao exame físico observou-se abaulamento lombar inferior bilateralmente, simétrico, pouco depressível e com tamanho de 1 centímetro. A hipótese diagnóstica foi hérnia bilateral de Petit. A ultrassonografia abdominal sugeriu lipoma. A cirurgia foi realizada mediante incisões transversas lombares com identificação de hérnias bilaterais com conteúdo de gordura. Foram corrigidos os defeitos musculares e sobre os quais suturou-se uma tela de Marlex, bilateralmente. Após seis meses de pós operatório a paciente apresentou-se assintomática e sem recidivas.

Apresentação: Poster

136 - GIST GIGANTE - RELATO DE CASO

EDSON RICARDO LOUREIRO; ROBERT STEPHEN ALEXANDER; GUSTAVO SASSO BENSO MACIEL; ROMEO LAGES SIMÕES; FERNANDO HENRIQUE RABELO ABREU DOS SANTOS; CARLOS EDUARDO DE GODOI MARINS; DANILO NAGIB SALOMÃO PAULO

RESUMO

Os tumores estromais do trato gastrointestinal (GIST) são relativamente raros. Porém, são os mais freqüentes dos tumores mesenquimais do trato digestivo. Acometem igualmente homens e mulheres na faixa dos 40 aos 80 anos. Os pacientes podem ser assintomáticos ou apresentarem hemorragia digestiva alta, dor abdominal, massa palpável, emagrecimento e quadros perfurativos e obstrutivos. A confirmação diagnóstica é feita através da imunohistoquímica com pesquisa do CD 117 (c-kit). O tratamento é cirúrgico, e pode ser complementado com imatinib. **RELATO:** Homem, 43 anos, procurou o pronto socorro com dor abdominal de leve intensidade e desconforto abdominal com irradiação para flancos, de início há 3 meses. Foi prescrito inibidor de bomba de prótons. O paciente estava eunéico e com ritmo cardíaco normal. Abdome atípico, ruídos hidroaéreos presentes, massa volumosa palpável e indolor em todo abdome. A tomografia computadorizada mostrou grande massa abdominal. A endoscopia digestiva alta evidenciou gastrite atrófica e compressão extrínseca do corpo gástrico. A hipótese diagnóstica foi de GIST. Na cirurgia foi observada massa originada da parede gástrica, que elevava a cúpula diafragmática, afastava ambos os cólons lateralmente, estendia-se até a pelve e aderiu-se à borda hepática. Procedeu-se a exérese da massa de aproximadamente 7Kg, ressecção do corpo gástrico e segmentectomia hepática esquerda. A imunohistoquímica confirmou a suspeita de GIST. O pós operatório ocorreu sem intercorrências. Há 3 meses em tratamento com imatinib, e sem sinais de recidiva.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

137 - ADRENALECTOMIA VÍDEO-ENDOSCÓPICA POR VIA RETROPERITONEAL

PABLO NAMORATO BARROS; RODRIGO ROGER VITORINO; SILVIO CUNHA NETO; EDUARDO KANAAN; MARCOS FILGUEIRAS; RICARDO ZORRÓN

RESUMO

INTRODUÇÃO: A abordagem das patologias cirúrgicas das supra-renais por videolaparoscopia vem se tornando, em muitos centros, o tratamento de escolha para tumores menores que 8cm e hiperplasia. No entanto, a abordagem tem sido comumente por via transabdominal, devido principalmente à familiaridade com a anatomia por essa via. Com este trabalho procuramos demonstrar as vantagens da abordagem vídeo-endoscópica por via retroperitoneal. **CASUÍSTICA E MÉTODOS:** O vídeo demonstra as etapas da adrenalectomia vídeo-endoscópica por via retroperitoneal e sua comparação com o acesso trans-abdominal, com o estabelecimento do retroperitônio, delimitação do espaço operatório, localização da patologia e da anatomia dos órgãos adjacentes, controle vascular e extração do espécime com bolsa hermética. São demonstrados casos de patologia à direita e à esquerda com a anatomia pertinente, em patologias como feocromocitoma e síndrome adreno-genital. **CONCLUSÃO:** A facilidade de reconhecimento anatômico, estabelecimento do espaço operatório e sem necessidade de afastamento dos órgãos limítrofes, com acesso mais direto à glândula que a via transabdominal, torna este método uma opção segura às abordagens existentes.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**138 - VAGOTOMIA COM PILOROPLASTIA VIDEOLAPAROSCÓPICA PARA ÚLCERA DUODENAL**

THIAGO CABRAL; BERNARDO BRASIL; MARCOS FILGUEIRAS; RICARDO ZORRON

RESUMO

OBJETIVO: Demonstrar que uma cirurgia consagrada, como a vagotomia troncular com piloroastia, realizada pela cirurgia convencional, pode ser efetuada pela técnica laparoscópica. **RELATO DE CASO:** D.P., 55 anos, com sintomas dispépticos, e usando cimetidina durante anos, apresentou quadro de hemorragia digestiva alta quando foi internado e transfundido concentrado de hemácias. Endoscopia digestiva alta identificou úlcera duodenal. Após 7 meses apresentou novo episódio de dor epigástrica. Submetido à vagotomia troncular com piloroastia laparoscópica, pela técnica de Heineke-Mikulicz com sutura manual. Não houve intercorrências durante a cirurgia. No primeiro dia pós-operatório apresentava-se em bom estado geral, sem queixas, e com dieta zero. No segundo dia recebeu dieta pastosa seguida de dieta normal a partir do terceiro dia de pós-operatório. Obteve alta hospitalar no quarto dia com exames clínico e laboratorial dentro da normalidade. **CONCLUSÃO:** Este caso demonstra que o tratamento cirúrgico clássico, vagotomia troncular com piloroastia, pode ser realizado por via laparoscópica nos pacientes eletivos sem sinais de complicação aguda.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**139 - ROBOTIC-ASSISTED SURGERY IN BRAZIL - SIRIO LIBANES HOSPITAL INITIAL EXPERIENCE**

RICARDO ZUGAIB ABDALLA; MARCO ANTONIO ARAP, ANUAR IBRAHIM MITRE, ÁLVARO SA; SÉRGIO ARAP, DANIELA BISPO, FÁBIO B. JATENE; FRANCISCO TIBOR DENES, JOSÉ KAUFFMANN, MARCEL AUTR; MARCELO AVERBACH, MAURICIO SIMÃO ABRÃO, MIGUEL SRO; RIAD NAUM YOUNES, SAMI ARAP, ULYSSES RIBEIRO, WILL

RESUMO

INTRODUCTION: Robotic-assisted surgery is an evolving minimally invasive treatment for many benign and malignant diseases. It is

rapidly growing field in the United States and Europe. However, only a few centers in Latin America started their program. We present our initial experience of the first 78 consecutive cases, in considered 9 different areas, as urology, gynecology, proctology, bariatric, oncology, general surgery, thoracic surgery, cardiovascular and head and neck surgery. We analyze all specialties and procedures involved in our program, regarding the process in coordinating da Vinci System installation, on-site training, staff in-servicing and surgeon training. This article shows the planning of actively support cases in the OR; support surgeon as well as staff; provide verbal technical assistance in the safe and effective use of the system. We created The Robotic Training Center to work with surgeons to help enhance their surgical skills – e.g. scheduling inanimate and animal labs to develop technical skills, and reinforce concepts in safety and secure technical steps for the patient. **MATERIALS AND METHODS:** Seventy-eight patients underwent 15 different procedures between March 2008 and January 2009. All patients were informed of the lack of experience in robotically-assisted procedures and all surgeons were certified-trained in robotically-assisted surgery. The console surgeon performed all steps of the intervention via the remote da Vinci console. A scrub nurse and a second laparoscopic-trained surgeon stood at the patient side and assisted in port placement, exposure of the operative field, hemostasis and removal of the operative specimen (when needed). Data collection included specialties involved in the program, procedures done robotically and peri-operative complications. **RESULTS:** Nine different specialties (urology, gynecology, head and neck, thoracic, general surgery, colo-proctology, hepatic, bariatric and cardiovascular surgery) and 15 different procedures were involved in the program (table 1). There were no major peri-operative complications. **CONCLUSIONS:** All different robot procedures done in our Institution were feasible and completed robotically endoscopic assisted. This new technology enhanced endo surgery dexterity. The learning curve for the console surgeon is intuitive, shorter in time than video surgery and could be done in our provided laboratory. However, in our experience, the importance of the patient-side assistance became evident, and therefore is focused on during training. Our initial experience with robotic surgery indicated that many procedures are still to be initiated robotically in a safe environment.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**140 - GASTRECTOMIA TOTAL VÍDEO-LAPAROSCÓPICA NO CÂNCER GÁSTRICO: SISTEMATIZAÇÃO TÉCNICA DA RECONSTRUÇÃO DO TRÂNSITO DIGESTIVO**

BRUNO ZILBERSTEIN; OSMAR YAGI; CARLOS EDUARDO JACOB; CLÁUDIO BRESCIANI; MAURÍCIO SORBELLO; FLAVIO ROBERTO TAKEDA; IVAN CECCONELLO

RESUMO

O tratamento vídeo-laparoscópico do câncer gástrico tem sido cada vez mais empregado no sentido de oferecer procedimentos técnicos de menor morbi-mortalidade com resultados adequados em relação à sobrevivência à longo prazo. Um dos pontos controversos do acesso laparoscópico nas gastrectomias totais é a reconstrução do trânsito digestivo. No sentido de facilitar este procedimento, bem como a realização de suturas intra-corpóreas por vídeo-laparoscopia, foi idealizada esta nova metodologia, objetivo deste vídeo. **MÉTODO:** O paciente é colocado em posição semi-ginecológica com pernas entreatas. O acesso é realizado com 5 portais distribuídos em semi-circulo infra-umbilical e 1 portal ao nível do apêndice xifóide. A operação se inicia com o descolamento intercoloeoplóico e a linfadenectomia D2. Após a ressecção da peça cirúrgica com grameamento linear do duodeno e do

esôfago, a reconstrução é totalmente realizada no andar supramesocólico, levando-se a alça jejunal a 60 cm do ângulo de Treitz, com anastomose laterolateral ao esôfago, também com grampeamento linear. A seguir define-se a alça biliar que também é anastomosada latero-lateralmente na alça alimentar. Feitas as anastomoses, as alças são separadas por secção também com grampeador linear. Em seguida a brecha mesocólica é fechada e a peça retirada. O vídeo descreve didaticamente os passos técnicos dessa intervenção. **RESULTADOS:** Onze pacientes portadores de câncer gástrico foram operados com esta técnica com retirada de 35 Linfonodos em média. Não houve sangramento intraoperatorio que necessitasse reposição e o tempo cirúrgico foi em media 6 horas. A evolução foi satisfatória sem maiores complicações ou mortalidade, com pouca dor referida e deambulação precoce. **CONCLUSÃO:** Procurou-se desta forma demonstrar a viabilidade do acesso vídeo-laparoscópico para a realização da gastrectomia total, com a mesma possibilidade de dissecação oncológica e com os benefícios do acesso minimamente invasivo.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

141 - GASTRECTOMIA SUBTOTAL VÍDEO-LAPAROSCÓPICA NOS TUMORES GÁSTRICO: SISTEMATIZAÇÃO TÉCNICA E RESULTADOS

BRUNO ZILBERSTEIN; OSMAR YAGI; CARLOS EDUARDO JACOB; CLÁUDIO BRESCIANI; MAURÍCIO SORBELLO; FLAVIO ROBERTO TAKEDA.; IVAN CECCONELLO

RESUMO

O tratamento vídeolaparoscópico do câncer gástrico tem sido cada vez mais empregado no sentido de oferecer procedimentos técnicos de menor morbimortalidade com resultados adequados em relação à sobrevivência à longo prazo. A gastrectomia subtotal é sem dúvida a técnica mais empregada em função da localização do câncer gástrico. **OBJETIVO:** Procurou-se desta forma sistematizar o acesso vídeolaparoscópico para realização da gastrectomia subtotal com linfadenectomia e reconstrução do trânsito digestivo. **MÉTODO:** O paciente é colocado em posição semiginocólica com pernas entreabertas. O acesso é realizado com 5 portais distribuídos em semi-circulo infra-umbilical e 1 portal ao nível do apêndice xifóide. A operação se inicia com o descolamento intercoloepilóico e a linfadenectomia D2. Após a ressecção da peça cirúrgica com grampeamento linear do duodeno e do estômago, a reconstrução é totalmente realizada no andar supramesocólico, levando-se a alça jejunal a 60 cm do ângulo de Treitz, com anastomose término-lateral no estômago, também com grampeamento linear. A seguir define-se a alça biliar que também é anastomosada laterolateralmente na alça alimentar. Feitas as anastomoses, as alças são separadas por secção também com grampeador linear. Em seguida a brecha mesocólica é fechada e a peça retirada. O vídeo descreve didaticamente os passos técnicos dessa intervenção. **RESULTADOS:** Foram operados 16 pacientes, 12 com câncer gástrico e 4 com GIST. A evolução pós-operatória imediata transcorreu sem complicações ou mortalidade. O tempo cirúrgico foi em media de 4 horas sem maiores sangramentos. A deambulação foi precoce com realimentação dos pacientes em torno do 2º dia de pósoperatório. **CONCLUSÃO:** Cria-se desta forma, mais evidências a favor das técnicas minimamente invasivas no tratamento das lesões gastroduodenais.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

142 - EVITANDO COMPLICAÇÕES NA COLECTOMIA VÍDEO-LAPAROSCÓPICA

MARIA THEREZA MEDAGLIA; ANDRÉA AMARAL; FLÁVIO MALCHER; JOSÉ JÚLIO MONTEIRO FILHO; RICARDO ZORRON

RESUMO

INTRODUÇÃO: A colectomia vídeo-laparoscópica é utilizada como tratamento de afecções benignas e malignas do cólon e reto. Apesar das vantagens da videolaparoscopia, este método não está isento das possíveis complicações inerentes a um procedimento cirúrgico, tais como infecções, implante de células tumorais nos locais de incisão dos trocartes, grau de experiência do cirurgião. **CASUÍSTICA E MÉTODOS:** O vídeo apresenta alguns exemplos de possíveis complicações na colectomia vídeolaparoscópica. Um dos pacientes apresentava cirrose, hipertensão porta-hepática e problemas na coagulação, mas foi operado de emergência, sem maiores complicações no intra e pós-operatório. É mostrado também um caso em que houve secção do ureter, e uma cirurgia de emergência de um paciente com diverticulite no qual ocorreu extravasamento de fezes para a cavidade abdominal. **RESULTADOS:** Verificou-se que em alguns casos as cirurgias feitas de emergência não resultam em complicações, porém os riscos existem. A presença de cirurgiões experientes é determinante em alguns casos, apesar de não estarem isentos da possibilidade de complicações e os instrumentos cirúrgicos utilizados são passíveis de imperfeições. **CONCLUSÃO:** É importante lembrar a vulnerabilidade de qualquer procedimento cirúrgico a complicações. Existem simuladores que o cirurgião pode utilizar para operar o paciente diversas vezes antes que ocorra a cirurgia. Pode-se evitar complicações empregando técnicas para prevenção de sangramentos extensos, lesões de ureter, perfurações intestinais e infecções, deve ser realizado o adequado preparo do paciente, além de garantir uma anastomose intestinal segura. Em casos de maior dificuldade, a conversão é sempre uma opção.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

143 - HEPATECTOMIA DIREITA ANATÔMICA: PADRONIZAÇÃO TÉCNICA COM LIGASURE

BÁRBARA DE SOUZA TRINDADE; MARCELA MANGILI MIRANDA; EDUARDO KANAAN; RICARDO ZORRÓN

RESUMO

INTRODUÇÃO: A hepatectomia consiste na melhor terapia para tumores benignos e malignos do fígado. Em sua maioria, as lesões são de origem metastática. O tumor carcinóide ileal é responsável por uma pequena porcentagem das hepatectomias realizadas, sendo difícil o tratamento uma vez instalada a síndrome carcinóide, exceto se restrita a região ressecável com preservação de parênquima funcionante. **MÉTODOS:** O trabalho visa consolidar melhoramentos técnicos na abordagem anatômica e utilização de Ligasure para divisão do parênquima hepático com ligadura apenas de veias calibrosas, uma vez que a tecnologia representa um selante de vasos e ductos biliares, encurtando o tempo operatório e a perda sangüínea. O vídeo demonstra as etapas de uma hepatectomia direita anatômica com ligadura prévia de artéria hepática D, veia porta D, veia supra-hepática D, com posterior secção do parênquima com hemostasia bipolar com Ligasure. Não foi necessária a ligadura de ductos biliares e vasos parenquimatosos, com exceção de veias acima de 7mm de diâmetro. Não foi utilizada transfusão intra-operatória. A paciente teve boa evolução pós-operatória, não tendo apresentado drenagem biliar ou hemorrágica, nem complicações. **CONCLUSÃO:** A ressecção anatômica do parênquima hepático, com ligadura prévia dos vasos do segmento abordado e utilização de Ligasure diretamente no parênquima são fatores que facilitam a realização do procedimento, possivelmente reduzindo a perda sangüínea e o tempo operatório.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**144 - EXÉRESE DE CISTO DE DUPLICAÇÃO ESOFÁGICA POR TORACOSCOPIA**

RUBENS ANTÔNIO AISSAR SALLUM; JULIO RAFAEL MARIANO DA ROCHA; SÉRGIO SZACHNOWICZ; ARI NASY; FLAVIO ROBERTO TAKEDA; ULYSSES RIBEIRO; IVAN CECCONELLO

RESUMO

Os cistos de duplicação são uma rara anomalia congênita esofágica, podendo ser assintomáticos ou causar disfagia. A ressecção cirúrgica é o tratamento de eleição, sendo tradicionalmente realizado via toracotomia. A toracoscopia vem rescentemente sendo utilizada no tratamento das massas mediastinais, incluindo os cistos de duplicação esofágica. Relatar caso de paciente portadora de cisto de duplicação esofágica tratada por ressecção toracoscópica pelo grupo, apresentando em vídeo o procedimento realizado. Discussão da epidemiologia, patologia, quadro clínico, diagnóstico e tratamento desta rara afecção. Relato de paciente feminina, com queixa de disfagia e perda ponderal, na qual se diagnosticou cisto de duplicação esofágica através de endoscopia digestiva alta complementada com ecoendoscopia + punção, estudo motor do esôfago e tomografia computadorizada de tórax. Submetida a ressecção cirúrgica da lesão por via toracoscópica. Apresentamos vídeo do procedimento e evolução pós-operatória. Procedimento realizado sem intercorrências, boa evolução pós-operatória, alta no 9º dia pós-operatório sem complicações. O tratamento por toracoscopia é seguro e pode apresentar vantagens sobre a toracotomia como conforto do paciente, menor estadia hospitalar e menor morbidade.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**145 - TORACOSCOPIA COMO OPÇÃO NO TRATAMENTO DAS DOENÇAS BENIGNAS DO ESÔFAGO TORÁCICO MÉDIO**

RUBENS ANTÔNIO AISSAR SALLUM; SERGIO SZACHNOWICZ; CARLOS FONSECA PIRES; JULIO MARIANO ROCHA; FLAVIO ROBERTO TAKEDA; FRANCISCO SEGURO; IVAN CECCONELLO

RESUMO

O acesso por toracotomia apresenta elevada morbimortalidade no tratamento das lesões benignas do esôfago torácico. A toracoscopia surge como uma alternativa de acesso, permitindo o tratamento adequado com menor morbimortalidade e maior conforto ao paciente. Demonstrar através de vídeo o tratamento de diversas patologias benignas do esôfago torácico por videotoracoscopia. O vídeo mostra a técnica do tratamento cirúrgico por toracoscopia das seguintes patologias: Divertículos do esôfago médio, ressecções de tumores benignos como leiomioma em esôfago médio e cisto de duplicação do esôfago torácico. Os procedimentos foram realizados sem intercorrências, sendo que o acesso por toracoscopia facilitou a abordagem cirúrgica das lesões envolvidas. A toracoscopia deve ser via de acesso de escolha para o tratamento das doenças benignas do esôfago médio, devendo o cirurgião de esôfago estar familiarizado com este acesso.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**146 - ESPLENECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: TÉCNICA COM TRÊS TROCARTES**

CARLOS WEBER ROCHA JUNIOR; PAULA ARGOLLO

RESUMO

INTRODUÇÃO: A esplenectomia video-laparoscópica tornou-se, em muitos centros, o tratamento padrão para patologias hematológicas com indicação cirúrgica. Entretanto, a curva de aprendizado ainda é lenta e restrita a cirurgiões especializados em técnicas laparoscópicas avançadas. **MÉTODOS:** Os autores apresentam padronização técnica com o uso de três trocartes e com ligadura simples do hilo esplênico, como resultado de uma série prospectiva de 43 pacientes portadores de púrpura trombocitopênica imune, submetidos à cirurgia. A técnica é realizada em decúbito lateral direito completo, instalação de três trocartes em torno do gradil costal, sendo um central para a câmera e dois para o cirurgião (10mm e 5mm). A abordagem pósterolateral inicial, sem controle do hilo, possibilita a mobilização do órgão sem trocartes adicionais. Em seguida, vasos curtos e artéria polar são controlados por cauterização bipolar e o hilo, após cuidadosa dissecação, ligado com fio inabsorvível, sem o uso de grameador. A peça é retirada em saco hermético, pelo orifício do trocar lateral, após pequena ampliação do mesmo. **RESULTADOS:** Nos pacientes submetidos à esta técnica, houve somente uma conversão para cirurgia aberta, e 4 necessitaram de um trocar adicional (de 5mm). Complicações menores ocorreram em 3 pacientes. Não houve óbitos nem complicações maiores. **CONCLUSÕES:** O estabelecimento da técnica com três trocartes e ligadura hilar com fio pode representar um avanço na curva de aprendizado da cirurgia laparoscópica do baço, permitindo possivelmente o uso mais rotineiro da técnica em hospitais comunitários, desde que realizada por equipe experiente em cirurgia video-laparoscópica avançada.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**147 - ACESSO CIRÚRGICO DOS DIVERTÍCULO DE ESÔFAGO MÉDIO E DISTAL**

RUBENS ANTÔNIO AISSAR SALLUM; JULIO RAFAEL MARIANO DA ROCHA; ULYSSES RIBEIRO; CARLOS FONSECA PIRES; FLAVIO ROBERTO TAKEDA; SERGIO SZACHNOWICZ; IVAN CECCONELLO

RESUMO

O divertículo de esôfago médio e distal apresenta uma incidência pequena, porém não rara dentre as patologias benignas do esôfago. Na maioria dos casos pode estar associada à dismotilidade esofágica, apresentando como sintoma principal a disfagia e dor torácica por compressão. Seu tratamento cirúrgico está indicado nos pacientes com sintomatologia importante e a dúvida quanto ao melhor acesso (laparoscópico ou toracoscópico) ainda persiste dentre alguns autores. Demonstrar comparativamente os principais passos técnicos do tratamento do divertículo de esôfago pelos acessos laparoscópico e toracoscópico. O vídeo apresenta o tratamento cirúrgico do divertículo de esôfago em procedimentos tanto por via laparoscópica quanto toracoscópica. O vídeo mostra os principais passos técnicos dos dois acessos, mostrando as dificuldades específicas de cada operação. O tratamento do divertículo foi factível pelos dois acessos, apresentando maior dificuldade técnica nos procedimentos laparoscópicos. O acesso transhiatal ao esôfago distal pode parecer boa opção nestes pacientes, porém como demonstrado neste vídeo, dificulta tanto a localização do divertículo como a identificação da porção mais proximal de seu colo. A toracoscopia para o tratamento do divertículo de esôfago médio ou distal apresenta-se como uma opção de acesso tecnicamente mais simples, possibilitando a visualização e abordagem direta das lesões.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**148 - BAÇO ACESSÓRIO EM ESPLENECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA**

GIOVANNA TARDELLI CORREA; DANIELA ROMUALDO RODRIGUES; DORALICE MARIÁ LEITE BATISTA; FERNANDA SILVA GUEDES; RICARDO ZORRÓN

RESUMO

INTRODUÇÃO: Baços acessórios são encontrados em cerca de 10% da população geral, porém, em pacientes com doença hematológica, sua presença pode ser confirmada em até 30% dos casos submetidos a esplenectomia. Em alguns casos de PTI, a não identificação de tecido acessório pode levar ao insucesso do tratamento cirúrgico. **CASUÍSTICA E MÉTODOS:** Os autores apresentam o resultados de uma amostra de 37 pacientes portadores de doença hematológica, submetidos à esplenectomia laparoscópica no Hospital Municipal Lourenço Jorge (RJ), em um período de dois anos. A inspeção da cavidade em busca de tecido esplênico acessório constitui a primeira parte do procedimento, com um inventário rigoroso iniciando-se no jejuno-íleo, passando pelo cólon transversal, raiz do mesentério, ligamento espleno-cólico, omento maior, vasos gástricos curtos e hilo esplênico. **RESULTADOS:** O paciente é posicionado em decúbito lateral direito em posição de Trendelenburg reverso. Foi realizada técnica aberta para instalação do pneumoperitônio, com instalação de 3 a 4 trocartes. As etapas estabelecidas pelo desenvolvimento da técnica foram: 1) inventário cuidadoso da cavidade; 2) localização e ressecção de baços acessórios; 3) Descolamento lateral do baço; 4) Ligadura bipolar dos vasos curtos; 5) Dupla ligadura do hilo esplênico com endo-loop de Prolene; e 6) Retirada do espécime em saco plástico por incisão de 2cm em flanco esquerdo. Nesta casuística, foi encontrado tecido esplênico acessório em 31,8% dos casos. Nenhum paciente teve recidiva da PTI por tecido esplênico residual. **CONCLUSÃO:** Os resultados de nossa casuística inicial de pacientes submetidos a esplenectomia vídeo-laparoscópica nos permitiram estabelecer etapas e critérios para realização segura e com bons resultados no tratamento das patologias cirúrgicas do baço, evitando a presença de tecido acessório residual.

Apresentação: Poster**149 - SINGLE ACCESS GASTROSTOMY(SAG): NOVO MÉTODO PARA GASTROSTOMIA**

NICELLE BEATRIZ FERREIRA SENA; ADRIANA DE MATTOS ANTONIO; RICARDO ZORRON; DANIEL FLORES; EDUARDO KANAAN

RESUMO

OBJETIVOS: A gastrostomia, realizada para possibilitar acesso nutricional ou descompressão, é comumente realizada via endoscópica, por radiologia intervencionista, e, mais raramente, por via cirúrgica através de videolaparoscopia ou uma incisão mediana supra-umbilical. Os métodos endoscópico e radiológico, apesar de estabelecidos em muitos centros, não constituem rotina em hospitais comunitários pela necessidade de pessoal qualificado e material descartável, sendo usualmente realizada a gastrostomia cirúrgica com incisão mediana e anestesia geral. A Gastrostomia de Incisão Única (SAG) descrita neste trabalho é um novo método cirúrgico menos invasivo, que foi desenvolvido para ser realizado sob anestesia local, com uma única incisão e sem necessidade de equipamento especial. **MÉTODOS:** SINGLE ACCESS GASTROSTOMY (SAG) foi realizada em 18 pacientes elegíveis para gastrostomia por diferentes indicações. Os pacientes foram operados sob anestesia local, e após a incisão

subcostal de 1cm sobre o músculo reto abdominal esquerdo, uma área de parede gástrica é localizada sob teste de azul de metileno injetado no estômago. Parte da parede gástrica é exteriorizada através da incisão, e duas suturas em bolsa são realizadas e instalada a sonda gástrica, sendo fixado à aponeurose, resultando em uma gastrostomia de incisão única segura e bem fixada. Alimentação pôde ser iniciada através da gastrostomia em 24 a 48hs. **RESULTADOS:** Todos os pacientes foram submetidos à técnica com sucesso. Complicações menores ocorreram em 3 pacientes: um apresentou alargamento do estoma, necessitando de sutura local adicional, e em outro, a deiscência parcial de mucosa foi tratada conservadoramente. Em um terceiro paciente, houve lesão iatrogênica de cólon transversal, que foi suturada sem intercorrências. O tempo operatório médio foi de 49,4 min, enquanto que a média de instituição de alimentação foi de 34,3 hs. Não houve falha na instituição de dieta com esta técnica, nem complicações maiores como fístula ou peritonite. **CONCLUSÃO:** Os resultados desta casuística inicial sugerem que a abordagem é efetiva em propiciar um acesso rápido e seguro para gastrostomia, com ferida única, dispensando o uso de suporte endoscópico e anestesia geral. Pode ser utilizado como opção ao método endoscópico em pacientes com obstrução neoplásica faríngea ou esofageana. Uma casuística mais expressiva, acompanhamento mais longo dos casos, e estudos prospectivos randomizados são necessários para estabelecer o papel desta nova técnica na rotina cirúrgica.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**150 - ESPLENECTOMIA LAPAROSCÓPICA: LIGADURA VASCULAR COM LIGASURE ESTUDO EXPERIMENTAL**

STÊNIO CLARA FERNANDES; CRYSTIANE ARAUJO; DANIEL DE JESUS SOARES FLORES; ANDRE LACERDA OLIVEIRA; RICARDO ZORRON

RESUMO

INTRODUÇÃO: A esplenectomia vídeo-laparoscópica já consagrou-se como tratamento padrão das afecções cirúrgicas do baço. Entretanto, sua curva de aprendizado é laboriosa e sua utilização ainda é rara em Hospitais comunitários, também devido ao elevado custo de materiais descartáveis. Uma nova técnica desenvolvida pelo autor, de acesso posterior sem ligadura hilar, utilizando eletrocoagulação bipolar com Ligasure, é uma proposta para difundir o método e reduzir custos. **MATERIAL E MÉTODOS:** O vídeo demonstra as etapas de esplenectomia com a técnica proposta, sem utilizar ligadura para o hilo, sendo o Ligasure a única forma de hemostasia. O trabalho experimental selecionou 43 vasos arteriais de diferentes calibres em 6 cães, em que foi utilizado o acesso posterior aos vasos do hilo pra esplenectomia laparoscópica. Não foram utilizados grameadores, Endoclipes ou ligaduras, sendo a hemostasia dos vasos feita exclusivamente com Ligasure. A peça operatória foi retirada em saco hermético através de incisão de 1,5cm. **RESULTADOS:** Todos os cães tiveram boa evolução em 60 dias, não sendo observados sangramentos ou outras complicações. O tempo operatório médio foi de 62 minutos, e parâmetros laboratoriais e fisiológicos foram avaliados. **CONCLUSÃO:** O procedimento laparoscópico com a técnica apresentada é segura e factível, tornando-se uma opção de mais fácil aprendizado e com maior possibilidade de utilização por cirurgião experiente em videocirurgia. O Ligasure é um método efetivo em realizar hemostasia dos vasos esplênicos até 7mm de diâmetro.

Apresentação: Poster**151 - TRICOBESOAR GÁSTRICO - TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO**

SOUZA RP; COSTA KVG; DELLABIDIA FC; MORAES HP; FILGUEIRAS M; ZORRÓN R

RESUMO

OBJETIVOS: Tricobezoar é uma massa de cabelo deglutida que acumula no estômago e que não consegue passar para o intestino. Pacientes que são acometidos pela doença tipicamente são jovens com idade inferior a 30 anos, em sua maioria do sexo feminino e portadores de distúrbios mentais. Muitos métodos têm sido propostos para o tratamento dos bezoares, como fragmentação gastroscópica, lavagem ou sucção nasogástrica, terapia enzimática e laparotomia. Com o advento da cirurgia laparoscópica tornou-se possível a remoção da obstrução sem fazer grandes incisões abdominais, uma melhor cosmética e menos dor para o paciente. **MÉTODOS e RESULTADOS:** O Vídeo demonstra as etapas para realização de um caso de uma mulher de 18 anos com um tricobezoar gástrico que foi tratada com sucesso pela técnica laparoscópica, utilizando gastrotomia em antro e sutura contínua. **CONCLUSÃO:** A abordagem laparoscópica deverá ser o tratamento de escolha para a remoção de tricobezoares no futuro pelos seus potenciais benefícios aos pacientes.

Apresentação: Poster

152 - EXPERIÊNCIA EM COLECISTECTOMIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS EM 02 HOSPITAIS PRIVADOS DE SALVADOR - ANÁLISE DE CASUÍSTICA

LUIZ VIANNA DE OLIVEIRA; PAULO ANDRE JESUINO DOS SANTOS; MARCOS BURGOS MORGADE CORTIZO; MAGNO CESAR AMARAL SOUZA JUNIOR; ALEXANDRE ALBUQUERQUE; DANIELA ROCHA DE ALMEIDA; JOSE SALVADOR PEDRA E CAL SANTANA JUNIOR

RESUMO

OBJETIVO: Relato de série de colecistectomias videolaparoscópicas (CVL) realizadas pela mesma equipe cirúrgica em um período de 107 meses. **METODOLOGIA:** Foram selecionados os pacientes submetidos a colecistectomias videolaparoscópicas em dois hospitais privados de Salvador no período de fevereiro de 1998 a dezembro de 2006. Os dados foram computados através de uma ficha padronizada, pré-elaborada, armazenada em um banco de dados computadorizado e posteriormente submetidos a análise estatística. **RESULTADOS:** No total, 471 pacientes realizaram CVL (68,1% do total de cirurgias videolaparoscópicas), 20,2% dos pacientes eram do sexo masculino e 79,8% sexo feminino, com uma faixa etária média de $46,4 \pm 17,1$ anos. Segundo classificação de estado físico, 58,7% eram ASA I, 38,7% ASA II e 2,6% ASA III. As cirurgias foram potencialmente contaminadas em 79,8%, contaminadas em 17,4% e infectadas em 2,8%. Foram detectadas outras doenças em 35,7%. Antibioticoprofilaxia foi realizada em 89,0% e profilaxia de TEP em 50,2%. O tempo cirúrgico médio foi de $88,7 \pm 48,6$ minutos. Quanto a anestesia, todos foram submetidos a anestesia geral. O internamento médio foi de $45,6 \pm 51,6$ horas (mediana de 24 hs). Do total, 153 (32,5%) pacientes apresentaram complicações no pós-operatório: náuseas e/ou vômitos em 16,1%, dor abdominal em 12,9% e dor em ferida 11,7%. **CONCLUSÃO:** Os autores concluem que a sua experiência analisada concorda com as grandes séries publicadas na literatura.

Apresentação: Poster

153 - EXPERIÊNCIA EM CIRURGIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS GINECOLÓGICAS EM 02 HOSPITAIS PRIVADOS DE SALVADOR - ANÁLISE DA CASUÍSTICA

LUIZ VIANNA DE OLIVEIRA; PAULO ANDRE JESUINO DOS SANTOS; MARCOS BURGOS MORGADE CORTIZO; MAGNO CESAR AMARAL SOUZA JUNIOR; ALEXANDRE ALBUQUERQUE; DANIELA ROCHA DE ALMEIDA; JOSE SALVADOR PEDRA E CAL SANTANA JUNIOR

RESUMO

OBJETIVO: Relato da casuística de cirurgias ginecológicas videolaparoscópicas em dois, realizadas pela mesma equipe cirúrgica em 107 meses. **METODOLOGIA:** Análise das cirurgias ginecológicas no período de fevereiro de 1998 a dezembro de 2006, através de fichas pré-elaboradas, padronizadas, e armazenadas em um banco de dados informatizado, sendo posteriormente submetidas a análise estatística. **RESULTADOS:** Do total de 692 pacientes submetidos a cirurgia videolaparoscópica, 78 (11,4%), foram cirurgias ginecológicas videolaparoscópicas, sendo 29,5% ooforectomias, 25,6% ooforoplastias, 5,1% salpingectomias, 5,1% salpingoplastia, 7,7% miomectomia, 12,8% anexetomia, e 15,7% outras. A faixa etária média foi $38,3 \pm 13,4$ anos (14 - 74). Em relação a classificação do estado físico da ASA, 89,7% dos pacientes eram ASA I, e 10,3% ASA II. Antibioticoprofilaxia foi realizada em 69,2% dos pacientes e profilaxia para TEP em 37,1%. O tempo cirúrgico médio foi de $115,2 \pm 60,0$ minutos (30-280). Dos pacientes selecionados para o estudo, 33,3% apresentaram alguma complicação pós-operatória, sendo a dor abdominal ou em sítio superficial a mais comum (25,6%). Para analgesia pós-operatória foram empregados: antiinflamatórios não-esteróides 29,5%, meperidina 15,4%, codeína 7,7%, tramadol 6,4%. O tempo médio de internamento foi de $43,7 \pm 38,2$ horas (22 - 264). Do total, 26,9% das cirurgias foram limpas, 66,7% potencialmente contaminadas, 3,8% contaminadas e 2,6% infectadas. **CONCLUSÃO:** O relato de série concorda com a literatura e demonstra o perfil das cirurgias ginecológicas videolaparoscópicas realizadas nos hospitais analisados.

Apresentação: Poster

154 - ESTUDO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS DE URGÊNCIA E ELETIVAS EM 02 HOSPITAIS PRIVADOS DE SALVADOR

LUIZ VIANNA DE OLIVEIRA; PAULO ANDRE JESUINO DOS SANTOS; MARCOS BURGOS MORGADE CORTIZO; MAGNO CESAR AMARAL SOUZA JUNIOR; ALEXANDRE ALBUQUERQUE; DANIELA ROCHA DE ALMEIDA; JOSE SALVADOR PEDRA E CAL SANTANA JUNIOR

RESUMO

OBJETIVO: Estudo comparativo entre pacientes submetidos a cirurgias videolaparoscópicas de urgência e eletivas, em um período de 107 meses. **METODOLOGIA:** Foram selecionados os pacientes submetidos a cirurgias videolaparoscópicas em dois hospitais privados, por uma mesma equipe cirúrgica, num período de 107 meses e divididos em 02 grupos; o primeiro grupo (grupo U) composto por pacientes submetidos a procedimentos em caráter de urgência (admitidos através da unidade de emergência) e o segundo (grupo E) de forma eletiva (consultas ambulatoriais). Os dados foram obtidos através de fichas padronizadas, pré-elaboradas, armazenados em um banco de dados computadorizado e posteriormente submetidos a análise estatística. **RESULTADO:** Do total de pacientes, 692 foram submetidos a cirurgias videolaparoscópicas, sendo 30% destas consideradas como urgência e 70% eletivas; No grupo U, as patologias mais comuns foram apendicite e colecistite responsáveis por 54,1% e 28,5% dos casos respectivamente, em seguida, as ginecológicas, com 9,2% dos casos; Já no grupo E, a colelitíase foi responsável por 82,4% das cirurgias eletivas, seguida pelas patologias ginecológicas

em 9,4%. O sexo feminino foi mais prevalente em ambos os grupos, com 65,2% no grupo U e 80,2% no grupo E. Em relação a classificação da ASA, 73,9% dos pacientes do grupo U eram ASA I, 24,1% ASA II, 1% ASA III e 1% ASA IV; No grupo E, 59,8% ASA I, 37,5% ASA II e 2,7% ASA III. A faixa etária média do grupo U (38 anos \pm 17,5), foi menor do que a encontrada no GE (45,8 anos \pm 16,5). No GU as cirurgias foram limpas em 2,9% dos casos, potencialmente contaminadas em 54,1%, contaminadas em 26,5% e infectadas em 16,4%; Já no GE, 9,2% foram limpas, 76% foram potencialmente contaminadas, 13% contaminadas e 0,6% delas foram infectadas. A antibioticoprofilaxia foi realizada em 71,5% das cirurgias do GU e 84,7% do GE. O tempo cirúrgico médio foi de 89,5 \pm 42,3 min. no GU e 90,8 \pm 54,3 min. no G2. O internamento médio foi de 72 \pm 72,7 (mediana=48) horas no GU e 44,5 \pm 57,6 (mediana= 24) horas no GE. As complicações pós-operatórias foram mais comuns no GU (33,6 %) do que no G2 (30,4%) CONCLUSÃO: Os autores concluem que a duração do internamento e o índice de complicações foram maiores no grupo de pacientes operados em caráter de urgência do que naqueles submetidos a cirurgias eletivas videolaparoscópicas.

Apresentação: Poster

155 - ESTUDO COMPARATIVO DE CIRURGIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS ENTRE PACIENTES JOVENS E IDOSOS EM 02 HOSPITAIS PRIVADOS DE SALVADOR

LUIZ VIANNA DE OLIVEIRA; PAULO ANDRE JESUINO DOS SANTOS; MARCOS BURGOS MORGAGE CORTIZO; MAGNO CESAR AMARAL SOUZA JUNIOR; ALEXANDRE ALBUQUERQUE; DANIELA ROCHA DE ALMEIDA; JOSE SALVADOR PEDRA E CAL SANTANA JUNIOR

RESUMO

OBJETIVO: Estudo comparativo entre pacientes jovens e idosos submetidos a cirurgias videolaparoscópicas, por uma mesma equipe cirúrgica, num período de 107 meses. **METODOLOGIA:** Foram analisados e comparados pacientes submetidos a cirurgias videolaparoscópicas em dois hospitais privados num período de 107 meses por uma mesma equipe. Neste estudo, consideramos como pacientes idosos aqueles com idade igual ou superior a 65 anos, sendo os demais, jovens. Os dados foram obtidos por fichas padronizadas, pré-elaboradas, armazenadas em um banco computadorizado e posteriormente analisados. **RESULTADO:** Um total de 692 pacientes foram submetidos a 754 procedimentos videolaparoscópicos, destes, 603 (87,1%) jovens e 89 (12,9%) idosos. Tanto em jovens como em idosos o sexo feminino foi mais prevalente, 76,6% e 69,7% dos pacientes, respectivamente, com média de idade de 39,2 e 73,1 anos. Quanto a classificação da ASA, entre os jovens 69,9% eram ASA I, 29% ASA II e 1% ASA III; Já entre os idosos 23,6% eram ASA I, 65,2% ASA II e 11,2% ASA III e 1,1% ASA IV. As cirurgias em paciente jovens foram limpas em 8,3% dos casos, potencialmente contaminadas em 67,5%, contaminadas em 17,6% e infectadas em 6,6% e nos idosos, 5,6% limpas, 78,6% potencialmente contaminadas, 12,4% contaminadas e 3,4% delas infectadas. A antibioticoprofilaxia foi realizada em 80,8% das cirurgias nos jovens e em 80,9% nos idosos. O tempo cirúrgico médio da cirurgia no paciente jovem foi semelhante a no idoso, 89,8 e 91,5 minutos, respectivamente. O internamento médio foi maior entre os idosos (71,4 h) em relação ao jovem (50,2 h). No pós-operatório, o percentual de complicação foi maior entre os idosos (37,0%) do que nos jovens (32,0%). **CONCLUSÃO:** Os autores concluem que a sua experiência analisada e comparada condiz com as grandes séries publicadas na literatura e que as diferenças encontradas traduzem as peculiaridades das amostras analisadas.

Apresentação: Poster

156 - ADRENALECTOMIA VÍDEO-ENDOSCÓPICA RETROPERITONEAL: ESTUDO PROSPECTIVO COMPARATIVO

GISLAINE BIAZATTI; DIANA BRAZIELLAS JUSTINIANO; RICARDO ZORRON; CUNHA NETO SH; EDUARDO KANAAN

RESUMO

OBJETIVO: A adrenalectomia laparoscópica vem se tornando uma atraente alternativa para a doença adrenal benigna, substituindo a cirurgia convencional na maioria de suas indicações. Na maioria dos centros de referência, por sua anatomia familiar, ela é realizada através de uma via laparoscópica trans-abdominal, porém com as desvantagens ligadas ao pneumoperitônio e abordagem mais difícil do órgão retroperitoneal, a técnica de adrenalectomia vídeo-endoscópica retroperitoneal emerge como uma alternativa na abordagem destas lesões, em comparação ao acesso convencional e laparoscópico trans-abdominal. Estudos comparativos são necessários para estabelecer a validade e indicações para esta técnica pouco difundida. O estudo prospectivo avalia uma série de 25 pacientes submetidos a adrenalectomia vídeo-endoscópica retroperitoneal e laparoscópica trans-abdominal, comparando suas características e resultados. **MÉTODOS:** Em um período de 4 anos, 13 pacientes foram submetidos a adrenalectomia vídeo-endoscópica retroperitoneal e 12 à técnica laparoscópica trans-abdominal em nossa instituição e prospectivamente documentados. Os dados prospectivos principais avaliados foram tempo operatório, tipo e tamanho das lesões, estimativa de sangramento, transfusão, tempo de internação e complicações intra- e pós-operatórias. **RESULTADOS:** As indicações mais frequentes foram adenoma não-funcionante (6 casos) e feocromocitoma (5). Não houve diferença significativa entre o diâmetro dos tumores ressecados pela via retroperitoneal (4,38 cm) com os pela via trans-abdominal (4,8 cm). A conversão para cirurgia aberta foi necessária em um paciente em cada grupo. O tempo operatório foi mais longo para o grupo da via laparoscópica trans-abdominal (161,3 min), comparado com a via vídeo-endoscópica retroperitoneal (112,3 min). A estimativa de sangramento operatório foi maior para o Grupo II (112,5 ml) comparado com o Grupo I (62,7 ml). Houve duas complicações intra-operatórias, de hemorragia nos dois casos que necessitaram conversão para cirurgia aberta. Não houve complicações pós-operatórias. O tempo de internação foi em média 2,4 dias para o Grupo I e 2,9 dias para o Grupo II. **CONCLUSÕES:** Os resultados iniciais favorecem o reconhecimento da exequibilidade e segurança do método de adrenalectomia vídeo-endoscópica via retroperitoneal para doenças adrenais. A técnica pode ser indicada em todos os tumores adrenais de até 8cm de diâmetro, quando o espaço de manipulação ainda é adequado. A técnica poderá ser o procedimento de escolha para a maioria das lesões adrenais, em especial em pacientes obesos, com cirurgia abdominal prévia, ou quando o pneumoperitônio estiver contra-indicado.

Apresentação: Poster

157 - EXPERIÊNCIA EM APENDICECTOMIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS EM 02 HOSPITAIS PRIVADOS DE SALVADOR - ANÁLISE DE CASUÍSTICA

LUIZ VIANNA DE OLIVEIRA; SYDNEY AGARENO; MAX MORAIS PATTACINI; MARCUS VINICIUS ALBERNAZ LEITAO; MARCELO PINHEIRO; LUDMILA TOSTA ALBERGARIA DA SILVA; ROGERIO VILAS BOAS

RESUMO

OBJETIVO: Relato de série de apendicectomias videolaparoscópicas (AVL) em pacientes operados por uma mes-

ma equipe cirúrgica num período de 107 meses. **METODOLOGIA:** Foram selecionados os pacientes submetidos a apendicectomias videolaparoscópicas em dois hospitais privados de Salvador no período de fevereiro de 1998 a dezembro de 2006. Os dados foram computados através de uma ficha padronizada, pré-elaborada, armazenada em um banco de dados computadorizado e posteriormente submetidos a análise estatística. **RESULTADOS:** Do total de pacientes, 114 realizaram AVL, 46,5% do sexo masculino e 53,5% sexo feminino, com faixa etária média de $30,3 \pm 14,8$ anos. Quanto a classificação da ASA 84,2% eram ASA I, 15,8% ASA II. As cirurgias foram, potencialmente contaminadas em 47,4%, contaminadas em 30,6% e infectadas em 21,9%. Antibioticoprofilaxia foi realizada em 75,6% dos pacientes e profilaxia de TEP em 9,7%. O tempo cirúrgico médio foi de $75,3 \pm 33,4$ minutos. Todos realizaram anestesia geral. O internamento médio foi de $66,5 \pm 65,9$ horas. Detectadas complicações em 35 pacientes, destes 8 apresentando febre, 9 dor em sítio cirúrgico, 14 náuseas e/ou vômitos e 15 dor abdominal. **CONCLUSÃO:** Os autores concluem que a sua experiência analisada condiz com as grandes séries publicadas na literatura.

Apresentação: Poster

158 - EXPERIÊNCIA EM CIRURGIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS GASTROINTESTINAIS EM 02 HOSPITAIS PRIVADOS DE SALVADOR- ANÁLISE DA CASUÍSTICA

LUIZ VIANNA DE OLIVEIRA; SYDNEY AGARENO; MAX MORAIS PATTACINI; MARCUS VINICIUS ALBERNAZ LEITAO; MARCELO PINHEIRO; LUDMILA TOSTA ALBERGARIA DA SILVA; ROGERIO VILAS BOAS

RESUMO

OBJETIVO: Relato de série de cirurgias videolaparoscópicas em dois hospitais privados em um período de 107 meses realizadas pela mesma equipe cirúrgica. **METODOLOGIA:** Análise das cirurgias videolaparoscópicas no período de fevereiro de 1998 a dezembro de 2006 através de fichas padronizadas, pré-elaboradas com as variáveis relevantes na avaliação dos pacientes, submetidas posteriormente a análise estatística. **RESULTADOS:** No total, 692 pacientes realizaram cirurgias videolaparoscópicas, 24,3% dos pacientes eram do sexo masculino e 75,7% sexo feminino, com uma faixa etária média de $43,5 \pm 17,4$ anos. Segundo classificação anestesiológica do estado físico, 64,0% eram ASA I, 33,5% ASA II e 2,1% ASA III. As cirurgias foram limpas em 7,9%, potencialmente contaminadas em 68,9%, contaminadas em 19,6% e infectadas em 6,2%. Antibioticoprofilaxia foi realizada em 80,7% e profilaxia de TEP em 42,3%. O tempo cirúrgico médio foi de $90,2 \pm 52,4$ minutos. Quanto a anestesia, todos foram submetidos a anestesia geral. O internamento médio foi de $52,9 \pm 65,2$ e mediana de 24 horas. Do total, 107 (15,4%) pacientes apresentaram complicações no pós-operatório: febre 20,6%, seroma 5,6%, infecção 3,7%, dor 71,0% e hematomas 8,4% foram as mais frequentes. **CONCLUSÃO:** Os autores concluem que a experiência analisada concorda com as grandes séries publicadas na literatura.

Apresentação: Poster

159 - ESTUDO COMPARATIVO DE COLECISTECTOMIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS ENTRE PACIENTES JOVENS E IDOSOS EM 02 HOSPITAIS PRIVADOS DE SALVADOR

LUIZ VIANNA DE OLIVEIRA; SYDNEY AGARENO; MAX MORAIS PATTACINI; MARCUS VINICIUS ALBERNAZ LEITAO; MARCELO PINHEIRO; LUDMILA TOSTA ALBERGARIA DA SILVA; ROGERIO VILAS BOAS

RESUMO

OBJETIVO: Estudo comparativo entre pacientes jovens e idosos submetidos a colecistectomias videolaparoscópicas, por uma mesma equipe cirúrgica, num período de 107 meses. **METODOLOGIA:** Foram analisados e comparados pacientes submetidos a colecistectomias videolaparoscópicas em dois hospitais privados num período de 107 meses por uma mesma equipe. Neste estudo, consideramos como pacientes idosos aqueles com idade igual ou superior a 65 anos, sendo os demais, jovens. Os dados foram obtidos através de fichas padronizadas e pré-elaboradas, sendo armazenados em um banco de dados computadorizado e submetidos, posteriormente, a análise estatística. **RESULTADO:** Um total de 471 pacientes foram submetidos a colecistectomias videolaparoscópicas, destes, 395 (83,8%) jovens e 76 (16,2%) idosos. Tanto em jovens como em idosos o sexo feminino foi mais prevalente, 80% e 68,4% dos pacientes, respectivamente, com média de idade de $42 \pm 13,1$ e $73,6 \pm 7,5$ anos. Quanto a classificação da ASA, entre os jovens 65,3% eram ASA I, 33,4% ASA II e 1,3% ASA III; Já entre os idosos 25% eram ASA I, 65,8% ASA II e 9,2% ASA III. As cirurgias em paciente jovens foram potencialmente contaminadas em 78,7%, contaminadas em 18,5% e infectadas em 2,8% e nos idosos, 85,5% potencialmente contaminadas, 11,8% contaminadas e 2,7% delas infectadas. A antibioticoprofilaxia foi realizada em 89,6% das cirurgias nos jovens e em 85,5% nos idosos. O tempo cirúrgico médio da cirurgia no paciente jovem foi próximo ao no idoso, $89,1 \pm 49,5$ e $86,7 \pm 43,8$ minutos, respectivamente. O tempo médio de internação foi maior entre os idosos ($56,4 \pm 55,6$ h / mediana 24h) em relação ao jovem ($43,6 \pm 50,6$ h / mediana 24h). No pós-operatório, o percentual de complicação foi maior entre os jovens (18,5%) do que nos idosos (11,8%). **CONCLUSÃO:** Os autores concluem que a sua experiência analisada e comparada condiz com as grandes séries publicadas na literatura e que as diferenças encontradas traduzem as peculiaridades das amostras analisadas.

Apresentação: Poster

160 - ESTUDO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES SADIOS E PORTADORES DE COMORBIDADES SUBMETIDOS A CIRURGIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS EM 02 HOSPITAIS PRIVADOS DE SALVADOR

LUIZ VIANNA DE OLIVEIRA; SYDNEY AGARENO; MAX MORAIS PATTACINI; MARCUS VINICIUS ALBERNAZ LEITAO; MARCELO PINHEIRO; LUDMILA TOSTA ALBERGARIA DA SILVA; ROGERIO VILAS BOAS

RESUMO

OBJETIVO: Estudo comparativo entre pacientes sadios e portadores de comorbidades submetidos a cirurgias videolaparoscópicas em um período de 107 meses. **METODOLOGIA:** Foram selecionados os pacientes submetidos a cirurgias videolaparoscópicas em dois hospitais privados num período de 107 meses, por uma mesma equipe cirúrgica e divididos em 02 grupos, segundo a classificação de estado físico da ASA; o primeiro grupo (G 1) composto pelos pacientes classificados como ASA I (sem comorbidades) e o segundo (G 2) por ASA II, III, IV ou V (portadores de alguma comorbidade). Os dados foram obtidos através de fichas padronizadas, pré-elaboradas, sendo armazenados em um banco de dados computadorizado e posteriormente submetidos a análise estatística. **RESULTADO:** Do total de pacientes, 692 foram submetidos a cirurgias videolaparoscópicas, sendo 64,0% destes considerados sadios (G 1) e 36,0% portadores de comorbidades (G 2); No grupo 2, 93,2% dos pacientes eram ASA II. Em relação ao sexo, o feminino prevaleceu em ambos os grupos com 73,5% no G1 e 79,5% no G2. A faixa etária média do G1 ($37,3$ anos $\pm 14,8$), foi menor do que a encontrada no G2 ($54,7$ anos $\pm 15,8$). No G1 as cirurgias

foram limpas em 7,2% dos casos, potencialmente contaminadas em 68,2%, contaminadas em 17,6% e infectada em 7,2%; Já no G2, 9,2% foram limpas, 70,7% foram potencialmente contaminadas, 15,7% contaminadas e 4,4% delas foram infectadas. A antibioticoprofilaxia foi realizada em 82,6% das cirurgias do G1 e 77,5% do G2 e a profilaxia para TVP/TEP foi feita em 28% e 67,8 % respectivamente. O tempo cirúrgico médio foi de 87,3 ± 45,6 min. no G1 e 95,5 ± 62,1min. no G2. Todos realizaram anestesia geral. O tempo médio de internação foi de 50,3 ± 58,3 (mediana= 24) horas no G1 e 57,8 ± 76,1 (mediana= 24) horas no G2. As complicações pós-operatórias foram mais comuns no G1 (32,9%) do que no G2 (32,1%). **CONCLUSÃO:** Os autores concluem que a duração da internação e o tempo cirúrgico foram maiores no grupo de pacientes com comorbidades do que naqueles sadios submetidos a cirurgias videolaparoscópicas.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

161 - VIDEOLAPAROSCOPIA NA DOENÇA DE CROHN COMPLICADA

JULIA ALENCAR LEITE; GUILHERME ZORZANELLI SCARAMUSSA; RICARDO ZORRON

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Doença de Crohn por vezes apresenta-se como um quadro agudo obstrutivo ou séptico, sendo de difícil diagnóstico em pacientes sem evidências anteriores da doença. A videolaparoscopia tornou-se um método complementar no diagnóstico e terapia de algumas patologias obstrutivas intestinais, inclusive as complicações da Doença de Crohn. **MÉTODOS:** Apresentamos uma paciente do sexo feminino, de 17 anos de idade, que apresentou-se com quadro de abdome agudo com evolução de dois dias de dor abdominal em fossa ilíaca direita, com irritação peritoneal, febre, distensão e leucocitose. Não apresentava história pregressa sugestiva de doença intestinal inflamatória. Ultrassonografia abdominal e tomografia computadorizada sugeriram apendicite aguda com peritonite. **RESULTADOS:** Foram utilizados três trocartes instalados sob técnica aberta, com a paciente em posição de Trendelenburg. Durante o procedimento, foi realizado inventário completo da cavidade, evidenciando-se Doença de Crohn íleo-cecal estenosante, com fistulas entre alças, envolvimento do apêndice e abscesso em FID. Foi realizada ressecção íleo-cecal vídeo-assistida com anastomose primária com grameador linear. A paciente teve boa evolução pós-operatória. **CONCLUSÃO:** A videolaparoscopia na Doença de Crohn segue os mesmos preceitos consagrados no tocante às indicações de exploração e ressecção da cirurgia aberta, evitando, sempre que possível, a ressecção. Entretanto, quando necessária, optamos pelo método laparoscópico, por sua sensibilidade diagnóstica e baixo índice de complicações, causando menos aderências e manipulação em paciente que provavelmente necessitará de outras intervenções durante a vida.

Área:

CIRURGIA GINECOLÓGICA

Apresentação: Tema e Vídeo livre

162 - FOTOCOAGULAÇÃO COM LASER DAS ANASTOMOSES PLACENTÁRIAS SUPERFICIAIS GUIADA PELA FETOSCOPIA NA SÍNDROME DA TRANSFUSÃO FETO-FETAL

RODRIGO RUANO; MARIA DE LOURDES BRIZOT; ADOLFO WENJAO LIAO; MARCELO ZUGAIB

RESUMO

OBJETIVOS: Relatar a experiência inicial institucional com a fotocoagulação com laser das anastomoses placentárias superficiais na síndrome a transfusão feto-fetal (STFF) grave. **PACIENTES E MÉTODOS:** De julho 2006 a junho de 2008, foram avaliadas prospectivamente 19 gestações monocoriônicas diamnióticas complicadas pela STFF grave (estádios III e IV de Quintero) que foram submetidas a fotocoagulação com laser das anastomoses placentárias. Foram analisados os resultados perinatais e as complicações obstétricas. **RESULTADOS:** Nove pacientes apresentaram STFF estágio III e 10 apresentaram STFF estágio IV. As idades gestacionais no diagnóstico e no procedimento foram 20 (17-25) e 22 (10-26) semanas, respectivamente, sem diferenças estatisticamente significante entre esses grupos. Ruptura prematura das membranas ovulares ocorreram em dois (10,5%) casos e o parto prematuro em 8 (42,1%). Em geral, a idade gestacional média no parto foi de 32 (26-38) semanas. A prematuridade foi estatisticamente mais freqüente no grupo de pacientes com STFF estágio IV ($p < 0,01$). A sobrevida neonatal geral foi de 53%. As porcentagens de gestações com sobrevida de ambos e de pelo menos um feto foram 26% e 79%, respectivamente. De acordo com o estágio de Quintero, a sobrevida neonatal geral, as porcentagens de gestações com sobrevida de ambos ou pelo menos um gêmeo foram respectivamente 61%, 33% e 89% nos estádios III; e 45%, 20% e 70% nos estádios IV. **CONCLUSÕES:** Nossa experiência inicial institucional com a fotocoagulação a laser das anastomoses placentárias na STFF grave apresentou resultados semelhantes ao da literatura internacional.

Apresentação: Poster

163 - UTILIZAÇÃO DE MISOPROSTOL NO PREPARO DO COLO UTERINO PARA VÍDEO-HISTEROSCOPIA EM MULHERES NA PÓS-MENOPAUSA: UM ESTUDO RETROSPECTIVO E COMPARATIVO

ALEXANDRE LIMA CASTRO FERREIRA; MARIANA P. GODOI; JOÃO AUGUSTO O. FERNANDES

RESUMO

PACIENTES E MÉTODOS: Foram analisadas retrospectivamente 80 pacientes pós menopausadas sem TRH submetidas a vídeo-histeroscopia com ressectoscópio no período de 2006 a 2009, separadas em dois grupos. O primeiro grupo, 40 pacientes, utilizou-se misoprostol 200 mg vaginal em média de 4- 6 horas antes do ato cirúrgico no intuito de facilitar a dilatação do colo uterino para a passagem do ressectoscópio. O segundo grupo, 40 pacientes, não utilizou-se a medicação para tal fim. Todos os casos foram realizados em nosso serviço com utilização do ressectoscópio de 26fr. Foram comparados os seguintes dados: idade das pacientes, indicação do procedimento, diagnóstico ultrassonográfico prévio a cirurgia, volume uterino prévio a cirurgia, complicações per-operatórias, complicações pós-operatórias, resultado de anátomo patológico da peça cirúrgica. **RESULTADOS:** Em ambos os grupos os dados de idade, indicação do procedimento, diagnóstico ultrassonográfico prévio, complicações pós operatórias e diagnóstico pós operatório por anátomo-patológico foram semelhantes. Em se tratando de complicações per-operatórias o grupo no qual foi utilizado misoprostol apresentou menor índice de complicações como laceração do colo uterino e perfuração uterina quando comparado ao grupo no qual utilizou-se o misoprostol prévio ao procedimento. Neste último grupo entretanto, um maior índice de complicações pós operatórias menores como náuseas e cólicas foi observado. **DISCUSSÃO:** O misoprostol é uma medicação segura em baixas doses e por via vaginal para indução de parto como a própria literatura já demonstrou em inúmeros artigos. Seu emprego em ginecologia no preparo

de colo uterino para curetagens e vídeo-histeroscopias ainda não foi corroborado pela literatura. Neste artigo retrospectivo tentou-se comparar grupos de pacientes na pós-menopausa com e sem sua utilização para vídeo-histeroscopia com ressectoscópio e encontramos uma baixa taxa de complicações diretas de seu uso, entretanto com bons resultados na prevenção de complicações per-operatórias importantes como laceração do colo uterino e perfuração uterina durante a dilatação do colo para introdução do ressectoscópio.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

164 - REPARO DE ASSOALHO PÉLVICO LAPAROSCÓPICO

WILLIAM KONDO; ANÍBAL WOOD BRANCO; LUCIANO CARNEIRO STUNITZ; SATURNINO RIBEIRO DO NASCIMENTO NETO; ALCIDES JOSÉ BRANCO FILHO

RESUMO

A sacrocolpopexia laparoscópica tem se tornado uma alternativa para a cirurgia aberta no tratamento do prolapso dos órgãos pélvicos. Neste vídeo demonstramos um caso de reparo de assoalho pélvico laparoscópico em uma paciente com prolapso de cúpula vaginal, defeito de compartimento anterior e posterior. Duas telas Gynemesh foram posicionadas. A tela posterior foi fixada nos músculos elevadores do anus, ligamentos útero-sacros e cúpula vaginal. A tela anterior foi posicionada na parede anterior da vagina. Ambas foram fixadas cranialmente na fáscia pré-sacral.

Apresentação: Poster

165 - ANESTESIA NA ABLAÇÃO ENDOMETRIAL COM BALÃO TÉRMICO (THERMA CHOICE III)

DJALMA ANTONIO ALMEIDA DOS SANTOS; JOSÉ MARIA LEAL GOMES; IZABEL CRISTINA RIBEIRO SILVA VIEIRA; LUIZ EDUARDO CAVALCA; MARA VIEIRA MARCONDES; VERA LÚCIA DIAS; CARLOS ALBERTO PAZINI FILHO

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar o papel da anestesia na ablação endometrial com balão térmico (Therma Choice III), o nível de dor após o procedimento, o papel dos anti-inflamatórios, a necessidade de analgésicos e o tempo de internação. **MÉTODOS:** A ablação endometrial com balão térmico (Therma Choice III) é uma opção no tratamento da menorragia, após descarte das causas malignas. Os autores observaram nos primeiros casos um nível variado de dor após ablação endometrial com balão térmico (Therma Choice), necessitando de doses variadas de anti-inflamatórios e analgésicos nas primeiras horas após o procedimento. Todas as pacientes foram submetidas a anestesia com escolha aleatória do anestesilogista e após o procedimento foi prescrito cetoprofeno 100 mg a cada 12 hs EV e dipirona 01 g a cada 6 hs EV, enquanto a paciente permanecesse no hospital. Se referisse dor, foi feito 50 mg de tramadol EV. Em caso de dor resistente foi feita solução analgésica (meperidina + dipirona + metoclopramida) EV, fracionada em 20% do total a cada dose a cada 02 hs. Foram analisados retrospectivamente 14 casos no período de novembro de 2006 a dezembro de 2008, com revisão da segurança da anestesia, da necessidade de medicação após o procedimento e tempo decorrido do procedimento até a alta, que somente foi dada após a paciente não referir dor. **RESULTADOS:** Foram realizadas 02 raquianestésias (14,3%) e 12 anestésias geral com máscara e respiração espontânea (85,7%). As anestésias não foram padronizadas, sendo usado diferen-

tes fármacos a cada anestesia, de acordo com o anestesilogista. Não foram registradas complicações anestésicas. Foi usado tramadol em 05 pacientes (35,7%) e em 03 pacientes foi necessária solução analgésica (21,4%). Em 03 pacientes (21,4%) não foi usado cetoprofeno devido relato de alergia ao fármaco e todas necessitaram de tramadol. O tempo médio de internação foi de 14 hs, sendo a menor 08:30 hs e a maior 26:40 hs. Em um caso foi registrado flebite da veia radial direita (7,1%) e em 02 casos retenção urinária (14,3%). **CONCLUSÕES:** O uso da anestesia na ablação endometrial com balão térmico (Therma Choice III) é um procedimento seguro. A dor pós-operatória não apresentou correlação com o tipo de anestesia ou com os fármacos usados na mesma, bem como foi necessário maior uso de anti-inflamatórios e analgésicos que o encontrado na literatura. O uso de cetoprofeno diminuiu a necessidade de analgésicos. O tempo de permanência hospitalar também foi maior que o encontrado na literatura. São necessários estudos posteriores com um maior número de casos.

Apresentação: Poster

166 - ESCOVADO ENDOMETRIAL DIRIGIDO POR HISTEROSCOPIA: APRESENTAÇÃO DE NOVO DISPOSITIVO E NOVA TÉCNICA ENDOMETRIAL BRUSH ORIENTED BY HYSTEROSCOPY: PRESENTATION OF NEW DEVICE AND NEW TECHNIQUE

WALDYR TOSTES FILHO; LUIZ AUGUSTO HENRIQUE MELKI; LEON CARDEMAN; SHEILA ROCHLIN; PRISCILLA TOSTES;

RESUMO

INTRODUÇÃO: A citologia endometrial (CE) tem mostrado crescente importância na complementação do exame histeroscópico. Seus préstimos se destacam em duas situações: 1) nos achados de endométrio atrófico - onde frequentemente a biopsia não consegue retirar material suficiente para diagnóstico e, 2) na discordância entre histopatologia e impressão histeroscópica suspeita de câncer endometrial. Na primeira situação, fica o médico impossibilitado de comprovar com fidedignidade sua impressão visual se o material retirado for insuficiente para avaliação anatomopatológica. Na segunda, uma CE positiva orienta o profissional para a necessidade de aprofundamento no rastreamento da lesão maligna que a biopsia não mostrou, provavelmente por não atingir o foco da lesão. **TÉCNICA DO ESCOVADO ENDOMETRIAL:** 1. Introduzir o histeroscópio na cavidade uterina na forma tradicional. 2. Retirar a óptica mantendo a extremidade distal da camisa endoscópica localizada no nível do orifício interno do canal cervical (região ístmica) ou próximo da região selecionada. 3. Introduzir a escova específica, previamente esterilizada, de aproximadamente 34,5cm, tamanho suficiente para atingir a cavidade uterina. 4. Realizar movimentos rotatórios para direita e esquerda (360 graus). 5. Retirar a escova passá-la sobre lâmina de vidro e fixar em álcool-éter (sistema convencional para colheita citológica). Recolocar a óptica e observar a zona escarificada. Se necessário repetir o procedimento. Outra vantagem do escovado endometrial é a possibilidade de observação do local escolhido para colheita do material (escovado dirigido), sem o risco de colher material do canal cervical, sendo facilmente detectado o local da escarificação, pela hiperemia focal. Desta forma, se necessário, poderemos introduzir novamente a escova, reposicionando a camisa dirigida pela visão histeroscópica, repetindo o processo anterior, quantas vezes for necessária.

Apresentação: Poster

167 - DISMENORREIA PRIMÁRIA COMO FATOR DE RISCO PARA ENDOMETRIOSE PÉLVICA

JOSÉ MARINHO FEIJO; CARLOS ALFREDO MENDES DE OLIVEIRA;
RODRIGO RIBEIRO SILVA DE ALMEIDA

RESUMO

Apresentação: Poster

168 - ENDOMETRIOSE PROFUNDA EM ADOLESCENTE DE DEZESSEIS ANOS ASSOCIADA A HERNIAÇÃO INUSITADA DE ARTÉRIA UTERINA DIREITA

JOSÉ MARINHO FEIJÓ; CARLOS ALFREDO MENDES DE OLIVEIRA;
RODRIGO RIBEIRO SILVA DE ALMEIDA

RESUMO

O CASO: paciente FS, prontuário número 22919, (DN= 18/02/1990) 16 anos, brasileira, branca, solteira, educação de nível médio, com primeiro atendimento em 24/10/2005, queixando-se de dor intensa em BV, com Dismenorreia progressiva desde a menarca que ocorreu aos 12anos e 8 meses. Já tinha realizado diversos tratamentos para as cólicas (sic), sem sucesso terapêutico, tendo como diagnóstico a Dismenorreia primária (sic). Ao exame ginecológico notam-se caracteres sexuais bem desenvolvidos, vagina com hímen presente, íntegro, pérvio e com mucosa normal, dando a visão do intróito do canal vaginal que se apresentou com nove cm. de comprimento a vaginometria com histerômetro. A palpação do hipogástrio apresentava dor à compressão profunda, difusa, com predomínio em FID e em região do seco. Ao toque retal observa-se dor a compressão da parede retal anterior, onde há espessamento retro-uterino, principalmente à direita. Pedido rotina de pré-operatório, dosagem de CA-125 e Amiloide-A e programado Videolaparoscopia. O CA-125 foi de 56 ng/ml (Valor de referência: até 35U/mL e o Amiloide-A foi de 108 ng/ml (Normal: inferior a 15ng/ml). A videolaparoscopia ocorreu em 10/08/2007 e mostrou endometriose pélvica de diversos pontos com acometimento profundo do espaço para-retal direito e curiosa herniação interna da artéria uterina direita. A paciente foi tratada com análogo do LH-RH por um ano e ainda encontra-se em acompanhamento terapêutico. BREVE DISCUSSÃO: o caso apresentado mostra que devemos ter cautela no diagnóstico de dismenorreia primária em adolescentes, pois poderemos estar adiando o tratamento precoce da Endometriose pélvica e inúmeras vantagens de assim fazê-lo. Mostra ainda que certas pacientes são mais susceptíveis ao desenvolvimento de endometriose grave, desde o início da menarca. Ou a endometriose profunda seria uma entidade própria e peculiar? A incomum herniação da artéria uterina direita talvez esteja relacionada à síndrome de Allen-Master, porém em 30 anos realizando laparoscopia e videolaparoscopias é o primeiro caso que observamos. CONCLUSÃO: A endometriose profunda apresenta incidência em adolescentes, ainda não quantificada, assim como a endometriose superficial, e todo ginecologista deve ficar alerta para a realização do diagnóstico, tratamento adequado destes casos, não interpretando a dismenorreia como evento normal e evitando o niilismo na sua orientação.

Apresentação: Poster

169 - AMENORRÉIA PRIMÁRIA CAUSADA POR HIPOGONADISMO HIPOGONADOTRÓFICO ASSOCIADA À HIPERCAROTENOSE

JOSÉ MARINHO FEIJÓ; CARLOS ALFREDO MENDES DE OLIVEIRA;
RODRIGO RIBEIRO SILVA DE ALMEIDA

**Área:
CIRURGIA TORÁXICA**

Apresentação: Tema e Vídeo livre

170 - CIRURGIA CARDÍACA VIDEOASSISTIDA: RESULTADOS DE UM PROJETO PIONEIRO

ROBINSON POFFO; RENATO POPE; RAFAEL SELBACH; IOSMAR DA SILVA JÚNIOR; ISAIAS CIDRAL; ANDREIA AGAPITO

RESUMO

OBJETIVO: Demonstrar as possibilidades da utilização da videotoracoscopia na cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea (CEC). MÉTODO: Entre o período de fevereiro de 2006 e novembro de 2008, cento e dois pacientes foram submetidos à cirurgia cardíaca minimamente invasiva videoassistida. As patologias cardíacas abordadas foram valvopatia mitral(n=56), aórtica(n=14), comunicação interatrial(n=32), seis pacientes apresentavam insuficiência tricúspide associada e deste grupo, doze tinham fibrilação atrial. A idade variou de 18 a 68 anos, sendo que 57 pacientes eram do sexo feminino. O método cirúrgico constou de canulação arterial e venosa femoral, incisão de quatro a seis centímetros (cm) ao nível do 3° ou 4° espaço intercostal direito (EICD), dependendo da patologia do paciente, entre as linhas axilar anterior e hemiclavicular direita, sulco mamário ou periareolar direita e toracoscopia. RESULTADOS: Os procedimentos cirúrgicos compreenderam: plastia(n=20) ou troca valvar mitral(n=36), troca valvar aórtica(n=14), atriosseptoplastia com remendo de pericárdio bovino(n=32), plastia valva tricúspide com anel rígido(n=6) e correção cirúrgica da fibrilação atrial por radiofrequência(n=12). Todas as cirurgias evoluíram sem intercorrências. Não houve conversão para toracotomia em nenhum dos casos. O tempo médio de internação hospitalar foi de 6,5±1,9 dias (4-12 d) e o tempo de UTI: 29,9±7,8 horas (16-42h). O tempo médio de ventilação mecânica foi de 8,6 ± 3,5 horas (0-13,1h). Dois pacientes evoluíram com fibrilação atrial, os quais foram revertidos química e eletricamente. Houve um episódio de acidente vascular cerebral sete dias após a alta hospitalar e um óbito devido à Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS). DISCUSSÃO: Esta técnica visa a melhor recuperação do paciente, com menos dor e complicações pós-operatórias, culminando com diminuição da permanência hospitalar e conseqüente redução de custos. Outro ponto é o aspecto estético e a satisfação gerada no paciente devido à redução do trauma cirúrgico. Com o advento da videotoracoscopia, houve a possibilidade de incisões cada vez menores ou até a ausência destas. Vários são os fatores que fazem com que esta técnica ainda seja pouco usual em nosso meio, sendo que a mais importante a falta de treinamento específico de videocirurgia na cirurgia cardíaca. Nesta série, várias foram às patologias tratadas utilizando esta técnica cirúrgica, apesar da disparidade deste grupo, obtiveram-se resultados pós-operatórios homogêneos, isto provavelmente devido à menor agressão cirúrgica ao organismo. CONCLUSÕES: Para que esta técnica possa ser amplamente adotada, há necessidade de treinamento adequado e direcionado para a videocirurgia, assim como a adequação do ambiente cirúrgico, com agregação de novas tecnologias. A cirurgia cardíaca minimamente invasiva videoassistida já é uma realidade em nosso meio, demonstrando excelentes resultados estéticos e funcionais.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

171 - CORREÇÃO VIDEOASSISTIDA DA COMUNICAÇÃO INTER-ATRIAL: UM NOVO ACESSO CIRÚRGICO

ROBINSON POFFO; RENATO POPE; RAFAEL SELBACH; CLÁUDIO MOKROSS; FABIANE FUKUTI; IOSMAR DA SILVA JÚNIOR; ISAIAS CIDRAL

RESUMO

OBJETIVO: Demonstrar acesso inédito para correção cirúrgica da comunicação inter-atrial(CIA), através de uma incisão periareolar com auxílio da videotoroscopia. **MÉTODOS:** O método cirúrgico constou de canulação arterial e venosa femoral para instituição da circulação extracorpórea, incisões de quatro centímetros na região periareolar direita. A minitoracotomia foi feita ao nível do quarto espaço intercostal direito (EICD), colocou-se um trocáter para óptica no 4º EICD ao nível da linha axilar média e o clampo aórtico foi transtorácico. Para que fosse possível o cadarceamento das cavas, foi utilizada cânula venosa femoral de dois estágios (Estech, inc).O átrio direito foi afastado utilizando-se afastador transtorácico específico. Com o auxílio da videotoroscopia, o átrio direito foi inspecionado, a CIA identificada e corrigida. **CONCLUSÕES:** Através da incisão periareolar vídeoassistida é possível à realização da atrioseptoplastia com remendo de pericárdio bovino, privilegiando o aspecto estético e funcional.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**172 - TROCA VALVAR MITRAL MINIMAMENTE INVASIVA VIDEOASSISTIDA**

ROBINSON POFFO; RENATO POPE; RAFAEL SELBACH; IOSMAR DA SILVA JÚNIOR; ANDREIA AGAPITO; ISAIAS CIDRAL

RESUMO

OBJETIVO: Demonstrar o acesso vídeoassistido para troca valvar mitral, pouco utilizado em nosso meio. **MÉTODO:** O método cirúrgico constou de canulação arterial e venosa femoral para instituição da circulação extracorpórea, incisões de quatro centímetros ao nível do quarto espaço intercostal direito (EICD) entre as linhas axilar anterior e hemiclavicular direita (HCD), colocação de um trocáter para óptica no 4º EICD ao nível da linha axilar média e clampo aórtico transtorácico.O átrio esquerdo foi afastado utilizando-se afastador transtorácico específico. Como não é possível a manipulação direta do coração, instrumental especial longo foi utilizado. **CONCLUSÕES:** A troca valvar mitral minimamente invasiva vídeoassistida pode ser realizada de forma segura e eficaz, desde que haja adequação do ambiente cirúrgico e treinamento específico da equipe. A utilização da videotoroscopia possibilitou um acesso menos invasivo e mais estético para o paciente.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**173 - SIMPATECTOMIA LOMBAR BILATERAL RETROPERITONEOSCÓPICA**

ANÍBAL WOOD BRANCO; MARLUS COELHO; WILLIAM KONDO; LUCIANO CARNEIRO STUNITZ; ALCIDES JOSÉ BRANCO FILHO

RESUMO

A hiperidrose plantar está presente em 50% dos pacientes com hiperidrose. A simpatectomia torácica é uma importante ferramenta para o tratamento desta condição, que tem sucesso em cerca de 60% dos pacientes. Para os casos remanescentes, a simpatectomia lombar é o procedimento de escolha. Este vídeo demonstra a realização do acesso retroperitoneoscópico unilateral para a realização da simpatectomia lombar. A paciente foi colocada em decúbito lateral esquerdo e o retroperitônio foi obtido por via aberta. A dissecação do retroperitônio foi realizada com o gás CO2 e eletrocautério. A cadeia simpática direita foi identificada, clipada e seccionada. A veia cava e a aorta foram

dissecadas e mobilizados anteriormente. A cadeia simpática esquerda foi dissecada, clipada e seccionada.

Área: CIRURGIA UROLÓGICA

Apresentação: Tema e Vídeo livre**174 - NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA: RELATO DE CASO VIDEO LIVRE**

HUGO MONTEIRO NEDER ISSA; PEDRO ROMANELLI; RICARDO NISHIMOTO

RESUMO

A nefrectomia parcial para o tratamento de tumores renais é um desafio na prática urológica. Inicialmente, sua indicação limitava-se a pacientes com tumores renais bilaterais ou com tumor em rim único. Atualmente, constitui uma alternativa vantajosa mesmo em pacientes com o rim contralateral normal. Nos casos de nefrectomia parcial os estudos mostram resultados comparáveis a nefrectomia radical em termos de sobrevida em tumores menores de 4 cm, demonstrando uma terapia efetiva a longo prazo para pacientes com carcinoma renal localizado, quando é necessário levar em consideração a função renal. Com o desenvolvimento da técnica laparoscópica na realização de procedimentos urológicos desde a década passada, a nefrectomia parcial tem sido capaz de reproduzir os princípios e os resultados da cirurgia aberta mantendo os resultados oncológicos e de preservação do parênquima renal, agregando as vantagens de uma técnica minimamente invasiva. Neste vídeo mostramos uma nefrectomia parcial realizada em paciente de 54 anos, sexo feminino, no Hospital Vila da Serra, Belo Horizonte. Tomografia pré-operatória evidenciou lesão tumoral sólida de 2,3 cm em pólo inferior do rim direito. Paciente foi submetida a nefrectomia parcial laparoscópica com clampagem da artéria renal durante 23 minutos. Hemostasia realizada com sutura intracorpórea e interposição de surgicell. Paciente evoluiu sem complicações tendo recebido alta hospitalar no 2o dia de pós operatório. O anátomo patológico evidenciou um adenoma renal sem sinais de malignidade.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**175 - PROSTATECTOMIA RADICAL ROBOTICA EM UM CENTRO LAPAROSCOPICO NAIVE. EXPERIENCIA NOS 142 PRIMEIROS CASOS**

GIACOMO ERRICO; BERNARDO ROCCO; JUAN CAMILO OSPINA; SARA MELEGARI; SERENA DETTI; LUIGI SANTORO; OTTAVIO DE COBELLI

RESUMO

INTRODUÇÃO: A prostatectomia radical robótica(RALP), representa uma opção cirúrgica sempre mais difundida para os tratamentos do cancer de prostata. De novembro de 2006 a março de 2008, foram realizadas 142 RALP. Os cirurgiões nao tinham expwriencia em laparoscopia. Este estudo tem como objetivo avaliar o resultado oncológico, per-operatório, funcional e das complicações. **MATERIAL E MÉTODOS:** Todos os pacientes foram submetidos a RALP, segundo a técnica de Patel(Patel VR et al, J Rob Surg 2007), com anastomose modificada segundo Rocco(Rocco B et al, Eur Urol 2007). Avaliamos os resultados oncológicos imediatos(margem), per-operatório(perda sanguínea, tempo de internação e cateter vesical), funcional(continencia urinária-questionário ICIQSF, ereção peniana-questionário IIEF) e complicações imediatas e tardias. **RESULTADOS:** O per-operatório e a parte funcional sao demonstrados na tabela. As margens

positivas 20,4%. Complicação imediata(2%): 1 conversão , 1 perfuração de colon direito e uma hemorragia pós-operatória. Complicação tardia(2%): 1 linfocele e 2 hérnias peri-umbilical. DISCUSSÃO: O acesso cirúrgico minimamente invasivo para o tratamento do cancer de próstata, não é considerado oncológicamente inferior à técnica tradicional open, segundo orientação multidisciplinar(NCCN prostate 2008). A RALP, é uma técnica, a cada dia mais difundida nos EUA e Europa. Nos EUA, em 2007 a RALP representou 70% dos casos de prostatectomia radical. Entretanto, ainda não existem dados e resultados consolidados, que avaliam a longo prazo, o resultado oncológico. CONCLUSÃO: Em base aos nossos dados preliminares, a RALP, é uma técnica acessível, mesmo sem experiência laparoscópica, obtendo-se resultados oncológicos, per-operatórios e funcionais satisfatórios.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

176 - PROSTATECTOMIA RADICAL ROBOTICA NA PRESENÇA DE VOLUMOSO LOBO MEDIO

GIACOMO ERRICO; BERNARDO ROCCO; JUAN CAMILO OSPINA; SARA MELEGARI; SERENA DETTI; LUIGI SANTORO; OTTAVIO DE COBELLI

RESUMO

INTRODUCAO: A prostatectomia radical robótica(RALP), representa uma válida alternativa à técnica open. Na nossa Divisao de Urologia-IEO, a RALP, vem sendo realizada desde novembro de 2006. No inicio da curva de aprendizado, os pacientes foram selecionados em base as características físicas, BMI, co-morbidades, grau de patologia e características morfológicas da próstata. Depois de ter adquirido maior experiencia, acima de 100 casos, a escolha ficou menos rigorosa, e foram realizadas cirurgias em casos de maior complexidade técnica. MATERIAL E METODOS: Depois de haver isolado o ápice prostático e ligado o complexo venoso dorsal, a técnica continua, com a identificação da junção vesico-prostática e abertura do colo vesical no seu versante púbico. Depois da exposição do cateter vesical, este vem a ser traçado com o 4º braço, desse modo, se evidencia o lobo médio graças ao aspecto convexo da mucosa vesical no colo. Procura-se traçar os limites do lobo médio, delineando os limites laterais da junção vesico-prostática. Isola-se progressivamente o lobo médio identificando-se os planos, com auxílio da tesoura monopolar. Nesta evolução dos planos, identificamos entre o lobo médio e a bexiga, a fâscia de Denonvillier, que quando aberta, se identificam os ductos deferentes e as vesículas seminais traçados. Continua-se no plano retal e as porções laterais da próstata, com a técnica standard. Ao término do isolamento anterógrado, se procede a secção da uretra completando-se a prostatectomia. Se faz necessário a redução do colo vesical, com vycril 3/0 cv23. Completa-se com a reconstrução posterior do esfíncter estriado com a técnica de Rocco et al, e anastomose vesico-uretral segundo Van Valthoven modificada. DISCUSSAO E CONCLUSAO: Na nossa experiencia, a morfologia da próstata representa um aspecto importante de avaliação no âmbito da curva de aprendizado. A avaliação ultrassonográfica da morfologia e do volume prostático, são fundamentais na seleção dos pacientes. A presença de um lobo médio, pode apresentar dificuldade na compreensão do plano de clivagem vesico-prostático e a sucessiva mobilização da próstata.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

177 - EVOLUCAO DA TECNICA DE RECONSTRUCAO POSTERIOR DO RHABDOFINCTER NA PROSTATECTOMIA RADICAL ROBOTICA

GIACOMO ERRICO; BERNARDO ROCCO; JUAN CAMILO OSPINA; LUIGI SANTORO; GENNARO MUSI; FABRIZIO VERWEIJ; OTTAVIO DE COBELLI

RESUMO

INTRODUCAO: A incontinência urinária pós prostatectomia radical retro-pública(PRRP), possui um impacto significativamente negativo na qualidade de vida do paciente. Em torno de 92% dos pacientes(EAU Guideline), recuperam a continência urinária em 12 meses, porém o tempo de recuperação da continência urinária pode ser muito variável. A técnica de reconstrução posterior do esfíncter estriado da uretra(Rocco F et al, J Urol 2006), no acesso open, demonstrou uma recuperação mais rápida da continência urinária. Estudos posteriores(Rocco B et al, Eur Urol 2007; Nguyen et al, BJUI 2008; Tewari A et al, BJUI 2008), tem demonstrado a sua aplicabilidade técnica, também na cirurgia robótica. MATERIAL E METODOS: Na prostatectomia radical robótica(RALP), o sistema utilizado é o Da Vinci, com visao tridimensional e de 10x a magnificação da imagem. Depois da remoção da próstata, se identifica a fâscia de Denonvillier remanescente e a porção posterior do esfíncter estriado da uretra. As duas estruturas são aproximadas, com dupla sutura de fio monofilamentar(monocryl 2/0, agulha vr26, 5/8). Sutura-se a fâscia de Denonvillier à porção posterior do esfíncter, iniciando-se da direita para esquerda, medialmente, ao trajeto dos bundles neuro-vasculares, dando-se o nó sobre o versante contralateral. Deste modo se obtém a reconstrução do plano posterior esfíncterico descrito por Burnett(Burnett A, J Urol 1998). A segunda sutura, aproxima a face posterior do colo vesical, à porção posterior do esfíncter. RESULTADOS: Esta técnica de reconstrução do plano posterior do esfíncter estriado, tem como objetivo criar um plano posterior mais homogêneo e mais estável, favorecendo também a uma anastomose uretro-vesical sem tensão. DISCUSSAO: Segundo dados da Cleveland Clinic, a reconstrução posterior do esfíncter estriado, tem como um dos objetivos, aumentar o comprimento da uretra em 1,2cm(Nguyen M et al, BJUI 2008). Esta modificação da reconstrução esfíncteriana, acrescenta as vantagens descritas na técnica original, a possibilidade de uma reconstrução, mais precisa e mais estável em grau elevado de fornecer maior estabilidade ao complexo esfíncterico uretro-vesical. O Sistema Cirúrgico Da Vinci, oferece a facilidade de efetuar rapidamente a reconstrução posterior do esfíncter estriado, como descrito e, permite de realizar uma anastomose uretro-vesical sem Tensão, uma outra vantagem, pode ser representado pelo efeito de proteção que o plano reconstruído pode exercer em eventuais leakage na anastomose.

Apresentação: Poster

178 - REIMPLANTE URETERAL LAPAROSCÓPICO EM ESTENOSE DE URETER: ANÁLISE DE 11 CASOS

RODRIGO QUINTELA; RUBENS ALVES ABREU; JOSE EDUARDO TÁVORA

RESUMO

MATERIAL E MÉTODOS: Dez pacientes foram submetidos a onze reimplantes ureterais laparoscópicos por estenose de ureter entre janeiro de 2004 a junho de 2008. Em sete casos a estenose era a nível de ureter terminal, em dois casos a nível do cruzamento dos vasos ilíacos e em um caso no terço médio do ureter. Foram realizados oito ureteroneocistostomias pela técnica extra-vesical com mecanismo anti-refluxo e três casos de reimplante vesical com técnica de Boari e bexiga psóica. RESULTADOS: O tempo cirúrgico foi de 166 minutos (115-245 min), o sangramento médio foi de 162 ml e a média de hospitalização foi de 3,2 dias. Houveram duas complicações: uma lesão de colon tratada por rafia primária com boa evolução e um caso de obstrução ureteral por migração de cálculo no pós-operatório tratado por ureterosopia. Todos os pacientes tiveram resolução completa da estenose e ausência de refluxo vesico-ureteral em um seguimento médio de 18 meses. CONCLUSÃO: A via laparoscópica

oferece um bom acesso e representa uma técnica viável segura e de baixa morbidade para reimplante ureteral em estenoses de ureter.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

179 - NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA: VIA TRANSPERITONEAL EM LESOES ANTERIORES E VIA RETROPERITONEAL EM LESOES POSTERIORES

RODRIGO QUINTELA; GUSTAVO MARELLI DE CARVALHO; FABRÍCIO SIQUEIRA RABELO; JOSE EDUARDO TÁVORA

RESUMO

MATERIAL E MÉTODOS: Entre fevereiro de 2006 e dezembro de 2007 foram realizados 20 casos de nefrectomia parcial laparoscópica em tumores renais de até 4 cm utilizando a via laparoscópica transperitoneal nos casos dos tumores localizados na face anterior do rim e a via retroperitoneal nos casos localizados na face posterior do rim. Todos os pacientes, exceto um, apresentavam rim contra-lateral e função renal normal. A escolha da via de acesso foi realizada no pré-operatório através de uma análise dos exames de imagem. Em 15 casos de foi utilizada a via laparoscópica transperitoneal e em cinco casos foi utilizada a via retroperitoneal. O controle vascular foi realizado em todos os casos utilizando um clamp tipo bulldog somente na artéria renal. A exérese da lesão foi feita com tesoura a frio e a hemostasia foi feita com pontos em "U" utilizando fio absorvível e cliques Hem-o-lock para fixação dos pontos. A drenagem foi feita com dreno tipo Portovac. **RESULTADOS:** A idade média dos pacientes foi de 61 anos (52 a 75 anos) O tamanho médio dos tumores foi de 1,9 cm (1,0 a 4,0 cm). O sangramento médio foi de 200ml (50 a 1000 ml) e o tempo médio de isquemia quente foi de 20 minutos (12 a 40 minutos). Houveram complicações em 4 pacientes (20%) sendo elas: pneumonia, infecção urinária, abscesso de ferida e fístula urinária tratada conservadoramente com resolução espontânea no 15 DPO. O exame histológico mostrou tumores benignos em 4 (20%) casos (3 angiomiolipomas e um oncocitoma) e carcinoma de células renais em 16 (80%) casos e margem cirúrgicas negativas em todos os casos. **CONCLUSÃO:** A escolha da via de acesso laparoscópica retro ou transperitoneal de acordo com a localização da lesão renal para a realização de nefrectomia parcial laparoscópica permite acesso direto à lesão favorecendo o ato operatório e reduzindo as chances de margens cirúrgicas positivas.

Apresentação: Poster

180 - ADRENALECTOMIA RETROPERITONEOSCÓPICA BILATERAL EM METÁSTASE DE CARCINOMA DE CÉLULAS TRANSICIONAIS DE BEXIGA

RODRIGO QUINTELA SOARES; MARCELO COSTA; FABRÍCIO SIQUEIRA RABELO; JOSE EDUARDO TAVORA

RESUMO

Relatamos um caso de um paciente de 73 anos submetido a cistectomia radical em agosto de 2006 que apresentou dois anos depois tumor adrenal bilateral de 5 cm de diâmetro cada lesão. Os exames de imagem mostraram metástase solitária em ambas adrenais sem evidência de outras lesões metastáticas. Foi submetido a adrenalectomia retroperitoneoscópica bilateral e o exame histopatológico mostrou metástase de carcinoma de células transicionais com margens cirúrgicas negativas. A via retroperitoneoscópica representa uma via de acesso segura e eficiente no tratamento de tumores adrenais até 6 cm de diâmetro.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

181 - GANGLIONEUROMA DE ADRENAL

MARCELO CABRAL LAMY DE MIRANDA; ANIBAL WOOD BRANCO; RODRIGO ALVES TRISTÃO; RICARDO DINIZ DE BARROS; CARLOS HENRIQUE SEGALL JR.; BRUNO COSTA DO PRADO; MARCIO MAIA LAMY DE MIRANDA

RESUMO

Os Ganglioneuromas (GN) são os membros mais bem diferenciados, e invariavelmente benignos, dos tumores de células ganglionares, que incluem também os ganglioneuroblastomas, de diferenciação intermediária, e os neuroblastomas, altamente malignos. São neoplasias raras, podendo surgir em qualquer gânglio periférico. 56-70% dos casos localizam-se no mediastino posterior e retroperitônio, associados ao plexo simpático paravertebral, e 20-30% envolvem a glândula adrenal, representando 0-6% dos incidentalomas. O tratamento padrão ouro atualmente para tumores benignos pequenos (<6cm) de adrenal é a adrenalectomia laparoscópica, porém lesões maiores (>6 cm) apresentam maior chance de malignidade, aumentando o possível risco de disseminação neoplásica peritoneal durante esse acesso. No entanto, vários estudos recentes tem demonstrado que a adrenalectomia laparoscópica pode ser estendida para qualquer tumor adrenal, desde que não haja evidência radiológica de infiltração periadrenal ou invasão venosa. Este caso é de um volumoso ganglioneuroma de adrenal, diagnosticado incidentalmente, o qual foi completamente ressecado laparoscopicamente, provavelmente sendo a maior adrenal retirada por laparoscopia que se tem notícia. **RELATO DE CASO:** Mulher de 24 anos, foi referenciada ao Departamento de Urologia do nosso hospital com diagnóstico incidental de uma massa de 14 cm em adrenal D, durante ultrassonografia para investigação de dismenorréia. A paciente apresentava-se em bom estado de saúde, sem qualquer outro sintoma, apresentando ao exame físico pressão arterial de 110x80 mmHg, não havendo, durante a palpção profunda, dor ou detecção de nenhuma massa intrabdominal. A radiografia de torax encontrava-se dentro da normalidade, assim como os exames de sangue de rotina. Foi realizada avaliação hormonal direcionada, a qual demonstrou todos valores dentro na normalidade. Na Tomografia computadorizada (TC) de abdome a qual demonstrou uma formação expansiva complexa em localização de adrenal D, medindo 12,0 x 11,0 x 9,0 cm, seguindo-se de realização de RNM visualizando uma lesão sólida heterogênia, com conteúdo necrótico, medindo 11,0 x 9,0 x 11,0 em localização de adrenal D. A paciente foi submetida a adrenalectomia laparoscópica, sendo o tumor ressecado completamente por laparoscopia, com 6 portais. O tempo cirúrgico foi de 300 minutos, com um sangramento estimado de 150 ml. A peça cirúrgica mediu 14 x 10 cm, com um peso de 665 grs. No anátomo patológico, foi diagnosticado ganglioneuroma. A paciente encontra-se assintomática, sem evidência de recidiva 6 meses após a cirurgia, exercendo suas atividades habituais. Podemos concluir que a adrenalectomia laparoscópica pode ser realizada com segurança em massas de grande volume, uma vez excluído, no pré-operatório, através de exames de imagens, infiltração local, quando é contra-indicado o acesso por laparoscopia.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

182 - LINFADENECTOMIA INGUINAL VIDEOENDOSCÓPICA EM CÂNCER DE PÊNIS: EXPERIÊNCIA INICIAL

RICARDO HISSASHI NISHIMOTO; PEDRO ROMANELLI; DIOGO AUGUSTO VIEIRA DANTAS; MARCUS RENATO MARTINS NOGUEIRA; DÉBORA YUMI FUKINO; JOSÉ GERALDO DIAS JUNIOR

RESUMO

O câncer de pênis é uma doença agressiva e mutilante, acometendo principalmente homens de países subdesenvolvidos. Sua etiologia ainda não é conhecida, porém existe forte associação com presença de fimose ou excesso de prepúcio, baixa condição socioeconômica, más condições de higiene e infecção pelo papilomavírus humano (HPV). O principal sítio de metástase é para linfonodos inguinais e ilíacos. Como atualmente não existem métodos não invasivos satisfatórios para avaliar o comprometimento metastático dos linfonodos, a linfadenectomia inguinal está indicada no estadiamento e tratamento do câncer de pênis. Suas indicações são: linfonodos palpáveis após curso de antibiótico, tumores > T1, grau de diferenciação > G1 e presença de tumor primário com embolização venosa ou linfática. A linfadenectomia inguinal apresenta complicações significativas como necrose cutânea, infecção, linfedema e linfocele. Com o objetivo de diminuir a morbidade cirúrgica foi proposto o acesso videoendoscópico, que permite a reprodução da técnica aberta, através de um procedimento minimamente invasivo. O presente trabalho relata a realização de 11 linfadenectomias inguinais videoendoscópicas em 7 pacientes, sendo que 4 foram submetidos ao procedimento bilateralmente e 3 unilateralmente. Oito linfadenectomias foram realizadas com preservação da veia safena magna. Características epidemiológicas dos pacientes e da doença foram analisadas, tais como: idade, co-morbidades, estadiamento da doença e as complicações no per e pós-operatórios imediato e tardio. Foram discutidos os aspectos relacionados ao tipo de anestesia, tempo cirúrgico, custo do procedimento, preservação de veia safena magna e viabilidade da técnica.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

183 - PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA: EXPERIÊNCIA INICIAL COM A TÉCNICA INTRAFACIAL

RODRIGO QUINTELA SOARES; FABRÍCIO RABELO SIQUEIRA; GUSTAVO MARELLI DE CARVALHO; JOSÉ EDUARDO TÁVORA

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a continência, função sexual e controle oncológico de uma série inicial de 12 pacientes submetidos a prostatectomia radical laparoscópica pela técnica intrafascial. **PACIENTES E MÉTODOS:** Doze pacientes com adenocarcinoma de próstata estágio T1c previamente potentes foram submetidos a prostatectomia radical videolaparoscópica intraperitoneal pela técnica intrafascial. Após a dissecação posterior das vesículas seminais a dissecação inicia-se no colo vesical sem abertura prévia da fascia endopélvica. Os feixes vículo nervosos são liberados lateralmente e o pedículo prostático é ligado junto a próstata. A veia dorsal é ligada seletivamente após a dissecação do ápice prostático. A anastomose é realizada com sutura contínua. **RESULTADOS:** O PSA pré-operatório médio foi de 5,2 (2,94-8,37) e a idade média foi de 62 anos. nenhum paciente apresentava estágio de Gleason > 7. O tempo operatório médio foi 240 min (180-280 min). Nenhuma conversão ou transfusão foram necessárias. O cateter vesical foi retirado com 07 dias em média. O estágio patológico era pT2 em 91,6% e pT3 em 8,3%. Margens positivas ocorreram em 2 casos (16,6%), sendo um paciente pT2 e outro pT3. Ereções suficientes para intercurso sexual foi relatado por 41,6% dos pacientes com 3 meses de seguimento. A continência urinária foi obtida por 66,6% e 91,6% com 1 e 3 meses de pós-operatório. Um paciente (8,3%) permaneceu utilizando 2 pad/dia com 6 meses de seguimento. **CONCLUSÃO:** A técnica de dissecação intrafascial na prostatectomia radical laparoscópica permite melhora dos resultados funcionais em relação a continência e potência porém aumenta os riscos de margem positiva e deve ser indicado em pacientes com doença bem localizada e de baixo risco.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

184 - CISTOPROSTATECTOMIA RADICAL VIDEOLAPAROSCÓPICA COM CONFECÇÃO DE NEOBEXIGA ILEAL ORTOTÓPICA

MARCUS RENATO MARTINS NOGUEIRA; PEDRO ROMANELLI; RICARDO HISSASHI NISHIMOTO; EDUARDO VÍTOR DE CASTRO; RALPH CORREA DE ALMEIDA; THIAGO AUGUSTO DE OLIVEIRA

RESUMO

O câncer de bexiga invasor tem como padrão ouro de tratamento a cistoprostatectomia radical, sendo a bexiga ortotópica ileal realizada frequentemente como derivação urinária de escolha. O acesso videolaparoscópico, na realização desta cirurgia, tem sido relatado recentemente e cada vez mais tem ganhado espaço devido suas vantagens relacionadas à técnica minimamente invasiva. Apesar de ser um procedimento complexo algumas dificuldades inicialmente descritas estão sendo ultrapassadas, como a realização da linfadenectomia pélvica, o tempo cirúrgico e o custo da cirurgia. Neste vídeo, descrevemos nossa experiência inicial na realização da cistoprostatectomia radical videolaparoscópica com neobexiga ortotópica ileal. Apresentamos o caso de um paciente de 45 anos portador de carcinoma vesical invasor de células transitórias, submetido a cistoprostatectomia radical com linfadenectomia pélvica e reconstrução com neobexiga ileal ortotópica pelo acesso videolaparoscópico.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

185 - PROSTATOLITOTOMIA LAPAROSCÓPICA: UMA OPÇÃO NO TRATAMENTO DOS CÁLCULOS URETRAIS?

EDUARDO VITOR DE CASTRO; RICARDO HISSASHI NISHIMOTO; PEDRO ROMANELLI DE CASTRO; HERMAN SILVEIRA DE ALMEIDA BARBOSA; DIOGO AUGUSTO VIEIRA DANTAS; THIAGO AUGUSTO DE OLIVEIRA

RESUMO

Os cálculos uretrais são classificados como primários (aqueles formados na uretra) ou secundários (aqueles formados na bexiga ou rim). Cálculo em uretra prostática é uma entidade raramente encontrada em adultos jovens e a maioria deles migra do trato urinário superior. Raramente são formados primariamente na uretra, sendo geralmente associados às estenoses uretrais ou divertículos. Os possíveis fatores etiológicos são estenose uretral, corpo estranho, debris, obstrução do colo vesical, fatores idiopáticos, diabetes litogênica e esquistossomose. Várias são as técnicas descritas no tratamento cirúrgico dos cálculos uretrais, como os acessos endoscópico, perineal e laparotômico. Elas variam de acordo com o tamanho e posição do cálculo. Neste vídeo, apresentamos o caso de um paciente de 26 anos, história prévia de urolitíase, evoluindo com sintomas do trato urinário baixo. Portador de 2 cálculos de aproximadamente 4 cm ocupando toda loja prostática. Paciente foi submetido à prostatolitotomia videolaparoscópica.

Apresentação: Poster

186 - CISTOSCOPIA FETAL NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS OBSTRUÇÕES DO TRATO URINÁRIO BAIXO - EXPERIÊNCIA INICIAL INSTITUCIONAL

RODRIGO RUANO; SERGIO DUARTE; VICTOR BUNDUKI; AMILCAR MARTINS GIRON; MIGUEL SROUGI; MARCELO ZUGAIB

RESUMO

OBJETIVO: Relatar a experiência inicial institucional com cistoscopia fetal no diagnóstico e tratamento das obstruções do trato urinário baixo. **PACIENTES E METODOS:** Trata-se de um estudo prospectivo, caso-controle, não randomizado. De julho de 2006 a junho de 2008, foram oferecidas cistoscopias fetais para gestantes cujos fetos apresentavam malformações obstrutivas do trato urinário baixo na forma grave (bexiga distendida, megaureteres, hidronefroses bilaterais e anômalo), bioquímica urinária favorável (sódio <100mEq/L, cloro<90mEq/L e Osmolaridade <210mOsm/L) e idade gestacional < 24 semanas. A bioquímica urinária fetal foi avaliada antes e após o procedimento. Todas as crianças foram seguidas de 3 a 6 meses após o nascimento, e a média do último valor de creatinina sérica foi considerado (sendo considerado valor anormal quando maior que ,56mg/dL). Em todos os casos que evoluíram ao óbito, foi realizada autópsia. **RESULTADOS:** A cistoscopia fetal com possível fulguração da válvula de uretra posterior foi oferecida para treze gestantes que preenchiam critérios de inclusão. Sete destas decidiram pela sua realização enquanto outras seis preferiram a conduta expectante pré-natal. Os grupos eram homogêneos quanto a idade gestacional no diagnóstico e os resultados da bioquímica urinária. Atresia de uretra foi diagnosticada na cistoscopia em três (21.3%) fetos. Na 26ª semana, a bioquímica urinária se mostrou significativamente mais desfavorável no grupo sem tratamento pré-natal ($p<0.05$). A sobrevida neonatal e a porcentagem de crianças com função renal foram significativamente maiores no grupo submetido a cistoscopia e tratado com laser ($p<0.05$). **CONCLUSÃO:** A cistoscopia fetal percutânea é exequível utilizando cânulas mais delgadas para o diagnóstico e tratamento das malformações do trato urinário baixo. A fulguração com laser da válvula de uretra posterior através da cistoscopia fetal parece melhorar o prognóstico dessas crianças ao prevenir a deterioração da função renal dos fetos.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**187 - HEMI-NEFRECTOMIA LAPAROSCÓPICA PARA TUMOR JUSTA-HILAR - RELATO DE CASO**

MARCELO DE ANDRADE VIEIRA; ELINEY FERREIRA FARIA; DANIEL D. G. SEABRA; ROBERTO DIAS MACHADO; MARCELO DE PAULA BIANCO; JOSE VIEIRA BARRETO JUNIOR; SERGIO RIGUETE ZACCHI

RESUMO

INTRODUÇÃO: Mais de 60% dos carcinomas de células renais, atualmente, são detectados incidentalmente. A cirurgia preservadora de néfrons é hoje a primeira escolha devido a baixas taxas de recidiva local e resultados oncológicos similares à nefrectomia radical, com a vantagem de preservar parte da função renal. Na maioria das vezes, em massas pequenas e exofíticas, a via laparoscópica, além de factível é a mais indicada, devido às vantagens do procedimento minimamente invasivo. O desafio é executar a técnica em tumores grandes, endofíticos, localizados próximos ao hilo ou pelve renal. **VÍDEO:** HMR, 45 anos, feminino, com imagem nodular sólida ao USG, localizada na metade inferior do rim esquerdo, medindo cerca de 5,0 cm. A Ressonância Magnética mostrou massa medializada em íntimo contato com o seio, pelve e hilo renal. Foi realizado a heminefrectomia esquerda por via laparoscópica transperitoneal, utilizando 4 trocateres sem intercorrências. Tempo de isquemia quente de 42 min e tempo de cirúrgico de 4,5 horas. **ANATOMOPATOLÓGICO:** Carcinoma de células renais, Furman II com margens livres. **CONCLUSÃO:** Apesar de ter uma curva de aprendizado longa e tecnicamente exigir maior habilidade do cirurgião, massas renais com tamanhos e em localizações adversas são factíveis de serem feitas por laparoscopia, mesmo com aumento no tempo de isquemia quente e as dificuldades da sutura intra-corpórea.

Apresentação: Poster**188 - PROSTATECTOMIA SIMPLES VIDEOLAPAROSCÓPICA: SÉRIE INICIAL**

RALPH CORREA DE ALMEIDA; RICARDO HISSASHI NISHIMOTO; PEDRO ROMANELLI DE CASTRO; MARCUS RENATO MARTINS NOGUEIRA; DÉBORA YUMI LOPES FUKINO

RESUMO

INTRODUÇÃO: Prostatectomia simples aberta tem sido utilizada no tratamento cirúrgico de pacientes sintomáticos, portadores de hiperplasia benigna prostática (HPB) de grande volume. Neste trabalho, os autores relatam uma série de pacientes submetidos a prostatectomia simples laparoscópica. **PACIENTES E MÉTODOS:** Entre Junho de 2006 e Janeiro de 2008, 15 pacientes consecutivos, portadores de HPB sintomática maior que 80g ao ultrassom pélvico, foram submetidos à prostatectomia simples laparoscópica. Foram avaliados, através de um estudo retrospectivo observacional, as características dos pacientes, o volume prostático e as complicações no per e pós-operatórios imediato e tardio. **RESULTADOS:** A idade média foi de 67 anos (62 - 74 anos). O peso prostático médio foi de 127 gramas. O tempo cirúrgico variou de 120 minutos a 220 minutos. Dois pacientes foram submetidos ao acesso extraperitoneal e treze ao acesso transperitoneal. A perda de sangue estimada foi de 450 ml, não sendo necessário transfusão em nenhum paciente. A permanência hospitalar média foi de 03 dias. Não houve complicações per-operatórias. No pós-operatório, houve obstrução da SVD em um paciente e outro apresentou íleo prolongado. Um paciente apresentou infecção de ferida operatória. O anátomo-patológico confirmou o diagnóstico de HPB em todos os casos. **CONCLUSÃO:** Os índices de complicações no per e pós-operatório imediato da prostatectomia simples laparoscópica transperitoneal e extraperitoneal nessa série foram comparáveis aos da literatura, tornando esta técnica uma opção para o tratamento da HPB em casos de próstata de grandes volumes.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**189 - PROSTATECTOMIA SIMPLES VIDEOLAPAROSCÓPICA: ACESSO TRANS E EXTRAPERITONEAL**

RALPH CORREA DE ALMEIDA; RICARDO HISSASHI NISHIMOTO; PEDRO ROMANELLI DE CASTRO; MARCUS RENATO MARTINS NOGUEIRA; DÉBORA YUMI LOPES FUKINO

RESUMO

A prostatectomia simples aberta para a exérese do adenoma, por via transvesical ou transcapsular, tem sido utilizada como alternativa a ressecção transuretral da próstata no tratamento cirúrgico da hiperplasia prostática benigna em casos selecionados, em que a próstata possui um grande volume ou em casos onde coexistem patologias cirúrgicas, como: cálculo de bexiga, divertículo vesical ou hérnia inguinal. Para o tratamento cirúrgico de próstatas de grande volume, recentemente, o uso do holmium laser foi proposto. Porém, na maioria dos centros, a prostatectomia aberta continua a ser o tratamento cirúrgico de escolha nestes casos. Apesar da baixa morbidade e mortalidade da cirurgia aberta, a incisão infraumbilical extraperitoneal é causa de dor e de complicações da parede abdominal no pós-operatório. Com o objetivo de minimizar a morbidade da cirurgia aberta, em 2001, Mirandolino Mariano descreveu a técnica de prostatectomia simples laparoscópica permitindo um tratamento menos invasivo para próstatas com mais de 75 gramas. A técnica cirúrgica envolvia capsulotomia prostática e cistotomia longitudinal, adenomectomia, trigonização da fossa prostática e sutura da cápsula prostática e bexiga. O acesso

laparoscópico manteria as vantagens da cirurgia aberta e ainda ofereceria o benefício de um tratamento minimamente invasivo. O presente vídeo demonstra as técnicas videolaparoscópicas trans e extraperitoneal para abordagem cirúrgica do adenoma prostático, incluindo as vantagens e desvantagens de cada técnica.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

190 - NEFRECTOMIA RADICAL VIDEOLAPAROSCÓPICA EM RIM PÉLVICO COM TUMOR RENAL DE 9,0CM - RELATO DE CASO

MARCELO DE ANDRADE VIEIRA; ELINEY FERREIRA FARIA; DANIEL D. G. SEABRA; ROBERTO DIAS MACHADO; MARCELO DE PAULA BIANCO; SERGIO RIGUETE ZACCHI; JOSE VIEIRA BARRETO JUNIOR

RESUMO

INTRODUÇÃO: A ectopia renal é uma malformação congênita decorrente da anormalidade da migração cefálica do rim, ocorre com incidência de (1:500 a 1:1200) nascimentos. A associação entre o carcinoma de células renais e a ectopia renal é extremamente rara. A peculiaridade de um rim pélvico é sua vascularização, a qual provém de ramos arteriais múltiplos, geralmente da aorta e da. Íliaca. Enquanto a drenagem venosa normalmente se faz por várias tributárias. Ao se realizar a Nefrectomia Radical, em rins pélvicos, são necessárias várias ligaduras vasculares, tanto em ramos artérias quanto venosos em locais anômalos e adversos. Isto faz da intervenção um procedimento desafiador e perigoso, tanto por via aberta quanto laparoscópica. **VIDEO:** SBS, masculino, 54 anos, com história de hematuria macroscópica há um ano e seis meses com regressão espontânea e recorrência neste período. Há dois meses, evidenciou-se uma massa em flanco direito, pela palpação. Onde os exames de imagens, iniciais, mostrou uma lesão de 9,0 cm em rim direito pélvico. Na seqüência a RNM de abdome confirmou a uma lesão sólida, comprometendo os 2/3 superiores do rim D e múltiplas anomalias vasculares, arteriais e venosas. O paciente foi submetido à Nefrectomia Radical Videolaparoscópica à direita, com ligadura de cinco ramos arteriais e dois venosos. O Anátomo patológico revelou: Carcinoma de células renais, Grau três de Fuhrman, pT2, margens livres. **CONCLUSÃO:** Apesar de tecnicamente difícil à existência de anomalias vasculares, de número e posição, não são contra-indicações absolutas à realização da Nefrectomia laparoscópica em rins ectópicos pélvicos.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

191 - CORREÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA DE FÍSTULA VESICO VAGINAL - RELATO DE CASO

THIAGO AUGUSTO DE OLIVEIRA; PEDRO ROMANELLI; RICARDO HISSASHI NISHIMOTO; DIOGO AUGUSTO VIEIRA DANTAS; EDUARDO VITOR DE CASTRO

RESUMO

A principal causa de fistulas vesico vaginais são as cirurgias ginecológicas. Várias técnicas são descritas no tratamento destas fistulas. O acesso laparoscópico para a realização desta cirurgia tem sido relatado recentemente, e é uma tentativa de minimizar o trauma cirúrgico (diminuir a morbidade) da via transabdominal utilizada rotineiramente. **OBJETIVOS:** Descrever a técnica cirúrgica laparoscópica utilizada no reparo de uma fistula vesico vaginal secundária à histerectomia abdominal total em uma paciente de 44 anos. **TÉCNICA CIRÚRGICA:** A paciente é colocada em posição de litotomia, e cateteres ureterais são colocados bilateralmente por via cistoscópica; o trajeto fistuloso também é

cateterizado. Foram utilizados 6 acessos laparoscópicos no procedimento. A bexiga é aberta em uma incisão inferior que inclui a fistula, e pontos de reparo são utilizados em suas bordas para facilitar a exposição. Tanto o trajeto fistuloso quanto o tecido fibrótico adjacente são excisados, e a vagina e a bexiga são fechadas separadamente com sutura contínua com fio absorvível. Uma camada de omento é interposta entre as linhas de sutura da bexiga e da vagina. Drenos são posicionados e os acessos através dos portais, fechados. **CONCLUSÕES:** O reparo laparoscópico das fistulas vesico vaginais parece ser procedimento seguro e efetivo. Maior seguimento é necessário para se determinar sua real eficácia a longo prazo.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

192 - ADRENALECTOMIA ESQUERDA VIDEOLAPAROSCÓPICA

THIAGO ANDRADE ALVES; PEDRO ROMANELLI; RICARDO HISSASHI NISHIMOTO; WALDEMAR PENNA; GUILHERME AUGUSTO ALVES DO CARMO

RESUMO

A primeira adrenalectomia laparoscópica foi realizada em 1992, por Gagner. Atualmente, essa via de acesso tornou-se padrão ouro para as patologias benignas das glândulas adrenais, permitindo a realização da cirurgia de forma minimamente invasiva. O acesso videolaparoscópico possibilita melhor controle dos pedículos vasculares (especialmente em pacientes obesos), menor morbidade pós-operatória e reduzida permanência hospitalar com retorno precoce às atividades habituais. Lesões adrenais, diagnosticadas de forma casual, maiores que 4 cm, e tumores secretores de hormônio constituem as principais indicações para realização de adrenalectomia videolaparoscópica. Neste vídeo apresentamos o caso de um paciente do sexo masculino, 45 anos, portador de síndrome de Conn. Apresentava-se com Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, hipopotassemia e hiperaldosteronismo. A dosagem de catecolaminas e metanefrinas eram normais. A tomografia computadorizada evidenciou tumor em adrenal esquerda medindo aproximadamente 2 cm. Realizada Adrenalectomia esquerda videolaparoscópica com tempo operatório de noventa minutos e sangramento mínimo. Identificadas e ligadas a veia e as artérias adrenais. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta no segundo dia após o procedimento.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

193 - LINFADENECTOMIA EXTENDIDA NA PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA: QUANDO E COMO FAZER

BRENO DAUSTER; PEDRO GOUVEIA; ROGÉRIO EIRADO; MODESTO JACOBINO

RESUMO

OBJETIVO: Demonstrar em vídeo a importância em se realizar a linfadenectomia pélvica estendida durante a prostatectomia radical laparoscópica, ilustrando a cirurgia passo a passo. **SUMÁRIO:** Neste vídeo discutimos os mais novos resultados de pesquisas sobre o implante de metástases nodais por câncer de próstata e demonstramos qual população pode se beneficiar com o aumento da área de dissecação nodal. A técnica operatória da linfadenectomia laparoscópica estendida é demonstrada com demonstração de pontos importantes para se evitar complicações. **DISCUSSÃO:** A linfadenectomia estendida no câncer de próstata obtém um maior número de linfonodos, além de maior porcentagem de linfonodos

positivos, reduzindo a chance de falso negativo. Existe um provável benefício em sobrevida, porém são necessários mais estudos para confirmar seus resultados oncológicos.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

194 - PIELOLITOTOMIA VIDEO LAPAROSCÓPICA: UMA OPÇÃO MINIMAMENTE INVASIVA AO ACESSO ABERTO

BRENO DAUSTER; CÁSSIO PUGAS; PAULO FURTADO; GABRIEL CRUZ CARNEIRO; MAURÍCIO FUCS

RESUMO

OBJETIVO: Demonstrar em vídeo a técnica para realização de pielolitotomia videolaparoscópica através do relato de um caso. **SUMÁRIO:** Um grande número de hospitais conveniados ao SUS não possui material endoscópico para tratamento de litíase renal. O acesso laparoscópico para tratamento de litíase pode oferecer uma opção minimamente invasiva para o tratamento destes pacientes. Neste vídeo exibimos um relato de caso e demonstramos a técnica empregada para identificação da pelve renal, sua abertura, retirada do cálculo, introdução transcutânea de cateter duplo J e sutura. **DISCUSSÃO:** A técnica laparoscópica para pielolitotomia oferece uma opção minimamente invasiva ao acesso aberto, é reproduzível e pode ser aplicada em qualquer hospital que possua material laparoscópico básico.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

195 - PIELOPLASTIA LAPAROSCÓPICA: TÉCNICA E PASSAGEM TRANSCUTÂNEA DO DUPLO J

BRENO DAUSTER; PEDRO GOUVEIA; ROGÉRIO EIRADO; MODESTO JACOBINO

RESUMO

OBJETIVO: Demonstrar a técnica utilizada para pieloplastia desmembrada videolaparoscópica e a passagem transcutânea do cateter duplo J. **SUMÁRIO:** A pieloplastia laparoscópica é uma cirurgia que necessita de noções avançadas de videocirurgia por se tratar de procedimento reconstrutivo. A realização de cateterização prévia do ureter causa descompressão da pelve renal o que pode dificultar a sua dissecação além de aumentar o tempo cirúrgico total devido ao reposicionamento do paciente. Neste vídeo foi descrita a técnica desmembrada de pieloplastia laparoscópica utilizando uma passagem transcutânea de cateter duplo J. **DISCUSSÃO:** Acreditamos que o cateter de duplo J deve ser posicionado durante a plastia da pelve renal e a passagem desse por via transcutânea dispensa a utilização de trocartes extras sem estender o tempo operatório.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

196 - PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA: ACESSO TRANSPERITONEAL POSTERIOR

BRENO DAUSTER; ROGÉRIO EIRADO; PEDRO GOUVEIA; MODESTO JACOBINO

RESUMO

OBJETIVO: Demonstrar em vídeo a técnica de prostatectomia transperitoneal posterior laparoscópica e seus detalhes técnicos. **SUMÁRIO:** Neste vídeo demonstramos a via de acesso transperitoneal posterior dando ênfase aos detalhes anatômicos

que orientam a dissecação. Utilizamos uma tesoura ultrassônica para secção dos tecidos e uso de cliques para controle do pedículo vasculo-nervoso. A anastomose utiliza a técnica de sutura contínua com duas agulhas. A abordagem didática e passo a passo pode ajudar na orientação de cirurgiões em curva de aprendizado. **DISCUSSÃO:** A prostatectomia radical videolaparoscópica pode ser realizada por várias vias de acesso, acreditamos porém, que o acesso transperitoneal posterior oferece o melhor ambiente para iniciar-se a curva de aprendizado, pois a dissecação inicial da vesícula seminal facilita uma boa dissecação do colo vesical e preservação dos feixes vasculo-nervosos.

Apresentação: Poster

197 - CÂNCER DE PÊNIS - TRATAMENTO MINIMAMENTE INVASIVO

PEDRO ROMANELLI; RICARDO HISSASHI NISHIMOTO; FLÁVIO AMARO OLIVEIRA BITAR SILVA; WALDEMAR CHAVES NASCIMENTO BRANDÃO PENNA; CAROLINA REIS DE SOUZA MAIA; THIAGO ANDRADE ALVES

RESUMO

Câncer de Pênis é uma patologia rara, que acomete predominantemente homens de países em desenvolvimento. Atualmente, o Brasil conta com uma prevalência de 2,1%, concentrados nas regiões norte e nordeste. Em 95% dos casos o tumor é do tipo epidermoide. Os restantes 5% são compostos por metástases de outros órgãos, sarcomas e, por último, melanomas. O diagnóstico é dado pela biópsia da lesão, que se origina na glândula ou no prepúcio. Atenção especial deve ser dada à avaliação da extensão local do tumor, atentando-se para a região inguinal e pélvica, na busca de linfonodomegalia. O melhor método para diagnóstico permanece sendo a linfadenectomia inguinal, indicada em casos de biópsia de lesão primária positiva para tumor de alto grau ou T2. Ela pode ter caráter curativo se o anátomo patológico vier livre de lesões metastáticas. Em caso de amostra positiva, está indicada a linfadenectomia pélvica/profunda. Os tratamentos quimio e radioterápicos adjuvantes e neo adjuvantes ainda necessitam de mais dados científicos para definição de eficácia e aplicabilidade. Apresentaremos o caso de um paciente de 34 anos, diagnosticado com um carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado na glândula. Em janeiro de 2008 foi realizado a penectomia parcial, removendo a lesão da glândula com margens de segurança. O anátomo patológico identificou CEC moderadamente diferenciado, sem invasão de corpos cavernoso e esponjoso. Paciente recebeu antibioticoterapia durante quatro semanas devido a linfadenomegalia inguinal à esquerda. Indicada a linfadenectomia inguinal videoendoscópica superficial e profunda em março de 2008. Como resultado do anátomo patológico obtivemos: 16 linfonodos à esquerda, todos negativos e 09 linfonodos à direita, sendo 2 deles positivos. A linfadenectomia pélvica bilateral videoendoscópica foi então realizada. Obtivemos 21 linfonodos, todos negativos. Durante o acompanhamento ambulatorial do paciente observou-se uma tumoração inguinal à direita, cuja tomografia computadorizada questionou linfadenomegalia. Realizado exérese de nódulo em janeiro de 2008, cujo anátomo patológico concluiu linfocele encistada. Trata-se portanto de um caso de Carcinoma Espinocelular de Penis que foi tratado desde o início de forma minimamente invasiva, obtendo-se até o momento um resultado satisfatório.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

198 - SIMPLIFICAÇÃO DA TÉCNICA DE NEFROPEXIA LAPAROSCÓPICA UTILIZANDO SISTEMA DE GRAMPEAMENTO AUTOMÁTICO

EDUARDO CAFÉ; ÉRICO NEPOMUCENO; FÁBIO QUINTILIANO; VANESSA BRANCO

RESUMO

INTRODUÇÃO: A nefroptose ou ptose renal é caracterizada quando há deslocamento inferior do rim em mais de 05 cm durante a posição supina. É, então, provocado um acotovelamento de hilo renal desencadeando obstrução do sistema coletor ou do fluxo vascular e clinicamente é observada dor em cólica e/ou hematúria. A nefropexia é mandatória quando sintomática e o acesso laparoscópico tornou-se padrão-ouro no tratamento da nefroptose. O princípio técnico da nefropexia consiste em fixar a fásia de Gerota à fásia lombodorsal. Na literatura são descritas várias técnicas de fixação através de sutura simples, cliques e telas. Propõe-se um método mais simples para esta fixação. **PACIENTES E MÉTODOS:** Apresenta-se caso de nefroptose sintomática tratada por nefropexia laparoscópica cuja fixação do rim à parede abdominal foi realizada através de grampos helicoidais de titânio. De fácil aplicação, os grampos são disparados por sistema automático similar aos grameadores laparoscópicos usuais fixando o grampo à parede semelhante a um parafuso. **RESULTADOS:** Em relação aos resultados das técnicas descritas na literatura, além da melhora sintomática, observou-se menor tempo cirúrgico e ausência de sangramento o que proporcionaram uma melhor recuperação no pós-operatório. **CONCLUSÃO:** A utilização de grampos helicoidais ao reduzir o tempo cirúrgico da nefropexia, permite a simplificação do método e conseqüentemente uma menor morbidade ao procedimento.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

199 - LINFADENECTOMIA INGUINAL VIDEOENDOSCÓPICA EM CÂNCER DE PÊNIS

PEDRO ROMANELLI; RICARDO HISSASHI NISHIMOTO; WALDEMAR CHAVES NASCIMENTO BRANDÃO PENNA; CAROLINA REIS DE SOUZA MAIA; IGOR CÉSAR DUTRA DE SOUSA

RESUMO

O câncer de pênis é uma doença agressiva e mutilante, acometendo principalmente homens de países subdesenvolvidos. Sua etiologia ainda não é conhecida, porém existe forte associação com presença de fimose ou excesso de prepúcio, baixa condição socioeconômica, más condições de higiene e infecção pelo papilomavírus humano (HPV). O principal sítio de metástase é para linfonodos inguinais e ilíacos. Pacientes com câncer de pênis têm linfonodos palpáveis em 58% dos casos ao diagnóstico, sendo que 20% a 40% destes apresentam metástase. No caso de pacientes com linfonodos não palpáveis, 20% apresentam micrometástases em linfonodos inguinais. Como atualmente não existem métodos não invasivos satisfatórios para avaliar o comprometimento metastático dos linfonodos, a linfadenectomia inguinal está indicada no estadiamento e tratamento do câncer de pênis. Suas indicações são: linfonodos palpáveis após curso de antibiótico, tumores > T1, grau de diferenciação > G1 e presença de tumor primário com embolização venosa ou linfática. A linfadenectomia inguinal apresenta complicações significativas, como necrose cutânea, linfedema e lesão vascular. Com o objetivo de diminuir a morbidade cirúrgica foi proposto o acesso video-endoscópico, que permite a reprodução da técnica aberta, além de ser considerado um procedimento minimamente invasivo. O presente trabalho relata o caso de paciente, 35 anos, portador de carcinoma de células escamosas de pênis moderadamente diferenciado, acometendo a glândula peniana. O paciente apresentava pequenos linfonodos inguinais palpáveis principalmente à esquerda. Foi submetido a penectomia parcial e o

anátomo-patológico revelou tratar-se de um tumor T1G2. Foi indicado linfadenectomia inguinal superficial e profunda bilateralmente e o acesso de escolha foi o video-endoscópico. Realizada preservação da veia safena magna bilateralmente. A cirurgia foi realizada trinta dias após a penectomia. O tempo operatório foi de 3 horas e trinta minutos, com sangramento insignificante. Paciente teve alta hospitalar no 3º dia de pós operatório e o dreno foi mantido por 7 dias. Não houve complicações per ou pós operatórias. O anátomo-patológico evidenciou 9 linfonodos do lado direito, sendo 2 positivos, e 16 linfonodos a esquerda, todos negativos.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

200 - PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA TRANSPERITONEAL

FLÁVIO AMARO OLIVEIRA BITAR SILVA; PEDRO ROMANELLI; RICARDO HISSASHI NISHIMOTO; WALDEMAR CHAVES NASCIMENTO BRANDÃO PENNA; CAROLINA REIS DE SOUZA MAIA

RESUMO

O câncer de próstata localizado tem sido tratado preferencialmente com a prostatectomia radical retropúbica. Após a descrição dessa cirurgia utilizando o acesso laparoscópico, em 1991, sua realização tem sido crescente. Permite reproduzir os resultados oncológicos da cirurgia aberta com as vantagens da cirurgia minimamente invasiva. Acredita-se na possibilidade de uma melhor preservação da potência e continência devido a magnificação da imagem. Neste vídeo, apresentamos o caso de um paciente de 62 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma de próstata clinicamente localizado, submetido a prostatectomia radical laparoscópica pelo acesso transperitoneal.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

201 - LINFADENECTOMIA PÉLVICA LAPAROSCÓPICA EM PACIENTES COM CÂNCER PROSTÁTICO CT3 EM USO DE HORMONIOTERAPIA NEOADJUVANTE

EDUARDO CAFÉ; ÉRICO NEPOMUCENO; FÁBIO QUINTILIANO

RESUMO

OBJETIVOS: Pacientes com câncer de próstata (CaP) estágio cT3 apresentam risco aumentado para N+. Neste trabalho, analisamos os resultados da linfadenectomia pélvica laparoscópica (LPL) em pacientes com CaP cT3 recebendo hormônio neoadjuvante (HxT) antes da prostatectomia radical (PR). **MATERIAL E MÉTODOS:** Foi realizada LPL bilateral em 14 pacientes estágio cT3. Os pacientes estavam em uso de dietilestilbestrol (1mg/dia) há pelo menos 01 mês (1 a 6 meses) e apresentavam cintilografia óssea negativa. **RESULTADOS:** O PSA inicial variou entre 11 e 60 ng/mL (média = 24 ng/mL). O escore de Gleason na biópsia variou de 5 a 9, e 8 pacientes apresentavam pelo menos um fragmento grau > 4. O tempo operatório foi de 95 minutos + 35 min. O estudo anatomopatológico demonstrou a presença de linfonodos em todos os casos (05 a 18 linfonodos, média=9). Metástase linfonodais foram encontradas em 38% dos casos (5/14). Todos os pacientes com N+ apresentavam PSA inicial >20 ng/mL e grau de Gleason > 4 na biópsia. Os 5 pacientes com N+ tiveram a PR cancelada e permaneceram em HxT exclusivo. **CONCLUSÃO:** A LPL deve ser realizada em pacientes cT3 recebendo hormônio neoadjuvante e que apresentem PSA inicial > 20 ng/mL e grau de Gleason > 4. Nesta situação, evita-se o tratamento local (PR ou radioterapia) desnecessário em 38% dos casos.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**202 - NEFRECTOMIA POLAR SUPERIOR ESQUERDA VIDEOLAPAROSCÓPICA NO TRATAMENTO DE DUPLICIDADE PIELOURETERAL COMPLETA SINTOMÁTICA COM EXCLUSÃO DO POLO SUPERIOR**

LUIS HENRIQUE SERRA MIRANDA; BRUNO MELLO RODRIGUES DOS SANTOS; ANTÔNIO RESENDE NETO

RESUMO

A duplicidade pieloureteral completa ou parcial é uma anomalia congênita relativamente comum, com incidência de 1:125 indivíduos. Normalmente, é diagnosticada na infância, e a forma de tratamento depende, basicamente, da função da unidade renal envolvida. Sua apresentação na idade adulta é atípica. Com o desenvolvimento de técnicas minimamente invasivas houve a possibilidade de tratamento desta condição pela via laparoscópica. Neste trabalho, apresentamos o caso de um paciente, masculino, 32 anos, com quadro de ITU de repetição há + 5 anos. Durante a propedêutica inicial com ultrassom, foi identificada duplicidade pieloureteral esquerda. Achado este confirmado pela TC de abdome e pelve que revelou ainda exclusão do pólo superior do rim esquerdo e implante do ureter desta unidade junto à próstata com dilatação ao longo de todo o seu trajeto. O paciente foi submetido a nefrectomia polar superior esquerda videolaparoscópica, com boa evolução pós operatória. Apesar de ser um procedimento de alta complexidade, a nefrectomia polar superior é factível de ser realizada pela via laparoscópica com todos os benefícios inerentes ao método.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**203 - LEIOMIOMA PÉLVICO RESSECADO POR VIDEOLAPAROSCOPIA**

MARCELO DE ANDRADE VIEIRA; ELINEY FERREIRA FARIA; DANIEL D. G. SEABRA; ROBERTO DIAS MACHADO; MARCELO DE PAULA BIANCO; SÉRGIO RIGUETE ZACCHI; MARCÍLIO LISBOA VITAL

RESUMO

INTRODUÇÃO: A maioria das neoplasias encontradas nas Vesículas Seminais são benignas, as malignas são extremamente raras. Os tumores benignos mais comuns são o Adenoma Papilar, o Cistoadenoma, o Fibroma e o Leiomioma. Na maioria das vezes os pacientes são assintomáticos, porém, podem evoluir até mesmo para quadros de obstrução urinária. Relatamos um caso de Leiomioma pélvico, com provável origem em Vesícula Seminal. **VÍDEO:** JAL, 57 anos, fora encaminhado ao Serviço por sintomas obstrutivos e irritativos urinários, como disúria, polaciúria, jato fraco e hemospemia esporádica. Ao exame digital do reto havia uma massa média, pouco endurecida, em topografia de Vesícula Seminal esquerda, com provável extensão à parede pélvica. O Ultra-som TR mostrou uma Próstata de 26g, Vesículas Seminais normais e uma massa sólida, ovalada, de contornos lobulados, medindo 3,5 x 3,0 cm, localizada na gordura peri-prostática à esquerda, com plano de clivagem com a próstata e Vesículas Seminais. A RNM de pelve confirmou os achados, mostrando uma impressão no assoalho vesical que deslocava a Vesícula Seminal esquerda súpero-posteriormente, exibindo planos de clivagem com a Próstata. Apresentava PSA de 0,46. A cirurgia fora realizada com a ressecção de um nódulo para vesical de 4,0cm, com Vesículas Seminais livres, via laparoscópica transperitoneal. O tempo operatório foi de 125 min e o sangramento total de 100 ml. No primeiro dia de pós-operatório houve saída de 270 ml de líquido sero-hemático pelo dreno de sucção e no segundo dia não houve débito. No anátomopatológico foi observado um nódulo de 4,0 x

3,5 x 2,5cm com 180g, confirmado pela Imuno-histoquímica como Leiomioma. No follow-up o paciente estava assintomático e com PSA de 0,38. **CONCLUSÃO:** O Leiomioma pélvico é uma patologia rara, que pode causar sintomas obstrutivos urinários. Sua exérese por laparoscopia é factível além de apresentar ótimos resultados na recuperação do doente.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**204 - TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO DE MÚLTIPLOS CÁLCULOS URETERAIS**

MÁRCIO GATTI; CARLOS ABIB CURY; JOSÉ GERMANO FERRAZ DE ARRUDA; PEDRO FRANCISCO FERRAZ DE ARRUDA; FERNANDO NESTOR FACIO JR; LUIS CESAR FAVA SPESSOTO; BRENO DAUSTER

RESUMO

INTRODUÇÃO: O cálculo ureteral é uma das patologias mais frequentes na urologia, com prevalência de 1 a 5 % e pico de incidência dos 20 a 50 anos. É duas vezes mais comum no sexo masculino. Cálculos ureterais proximais em homens, maiores que 1 cm, têm uma pobre resposta à LECO (litotripsia extracorpórea por ondas de choque), e em serviços onde não há a ureteroscopia flexível associado ao uso de laser, o tratamento deste fica restrito à cirurgia aberta ou laparoscópica. **OBJETIVO:** No presente caso demonstramos nossa experiência no tratamento laparoscópico em 2 cálculos ureterais maiores que 1cm, em ureter proximal à direita, separados por uma distancia de 3cm. **RELATO DO CASO:** O paciente FTP, 25 anos, masculino, apresentava-se com cólica renal de repetição há um ano, devido a 2 cálculos maiores de 1cm em ureter superior à direita, um em nível de apófise transversa de L3 e outro em L4. Foi realizado duas tentativas de LECO sem sucesso, com isso foi proposto a abordagem por via laparoscópica neste caso. No início do procedimento cirúrgico foi realizado a colocação de cateter duplo J auxiliada por radioscopia, e em seguida realizada marcação na pele com caneta de tinta permanente na altura do cálculo mais distal. A seguir, o paciente foi posicionado em 450 e fixado à mesa, iniciando-se a passagem dos trocateres. Após o isolamento do ureter, foi identificado o cálculo mais distal, realizando-se a incisão e sua retirada. Posteriormente, através de manobras, o cálculo mais superior foi ordenhado até a altura da incisão para sua retirada. Realizada a sutura do ureter com três pontos em separado com vicryl 4.0. O paciente apresentou boa evolução, tendo alta no 2º PO. **DISCUSSÃO:** O tratamento laparoscópico para cálculos ureterais maiores que 1cm é completamente factível de sucesso, seguro e eficaz. A indicação do procedimento é a mesma para a cirurgia aberta, e uma ótima opção para serviços públicos onde não há a ureteroscopia flexível com laser. Neste presente caso fica marcado pela curiosidade da apresentação de dois cálculos grandes em ureter retirados por uma pequena incisão.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**205 - NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA EM MASSA RENAL T3 DE 9,0CM**

MARCELO DE ANDRADE VIEIRA; ELINEY FERREIRA FARIA; DANIEL D. G. SEABRA; ROBERTO DIAS MACHADO; MARCELO DE PAULA BIANCO; SÉRGIO RIGUETE ZACCHI; FERNANDO BARBIERI

RESUMO

INTRODUÇÃO: A nefrectomia parcial está hoje consagrada para tratamento de tumores renais menores que quatro centímetros sendo reprodutível por via laparoscópica. Com o passar do tempo às indicações para tumores maiores foi sendo realizada mantendo

do os resultados oncológicos e com preservação de função renal. O treinamento dos cirurgiões laparoscópicos durante este período e, agregado a um maior volume cirúrgico acompanhou estas mudanças fazendo com que tumores maiores também possam ser ressecados por esta via de acesso. **VÍDEO:** Masculino, 62 anos, apresentando quadro de dor lombar há seis meses. Foi encaminhado ao nosso hospital com ultra-sonografia de abdome evidenciando massa em pólo inferior do rim esquerdo. Na Ressonância Nuclear Magnética foi observado uma massa exofítica de 8,2 cm em pólo inferior do rim esquerdo. O restante do estadiamento não demonstrou doença metastática. Estádio clínico T3. Submetido à nefrectomia parcial laparoscópica transperitoneal com quatro trocateres, sem intercorrências. **RESULTADO:** Tempo cirúrgico de 190 minutos, tempo de isquemia quente de 32 minutos e perda sangüínea estimada de 230 ml. O paciente obteve alta no 4º pós-operatório em excelentes condições. A anatomia patológica evidenciou carcinoma de células claras variante cromófila medindo 9,0cm, sem sinais de invasão de vasos e gordura perirrenal. Margens livres. No seguimento de nove meses não há sinais de recidiva loco - regional ou à distância. **CONCLUSÃO:** Diversos estudos corroboram o fato de que a nefrectomia parcial laparoscópica para tumores acima de quatro centímetros é factível e oncológicamente aceitável. Acreditamos que as indicações para nefrectomias parciais em tumores maiores devam ser ampliadas em casos selecionados e em equipes experientes.

Apresentação: Poster

206 - EXPERIÊNCIA INICIAL EM URETEROLITOTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM HOSPITAL ESCOLA

MÁRCIO GATTI; CARLOS ABIB CURY; JOSÉ GERMANO FERRAZ DE ARRUDA; PEDRO FRANCISCO FERRAZ DE ARRUDA; FERNANDO NESTOR FACIO JR; LUIS CESAR FAVA SPESSOTO; BRENO DAUSTER

RESUMO

INTRODUÇÃO: O cálculo ureteral é uma das patologias mais frequentes na urologia, com prevalência de 1 a 5 % e pico de incidência dos 20 a 50 anos. A relação homem: mulher é 3:1. Nos últimos anos houve intenso desenvolvimento nas técnicas minimamente invasivas para o tratamento de ureterolitíase, como ureteroscopia semi-rígidas e flexível com uso de laser, LECO (litotripsia extracorpórea por ondas de choque) e laparoscopia. Cálculos ureterais maiores que 1cm apresentam uma pobre resposta à LECO, e em homens quando localizados em ureter médio e superior, em serviços que não possuem o ureteroscópio flexível, o tratamento fica restrito à cirurgia aberta ou laparoscópica. **OBJETIVO:** No presente trabalho demonstraremos nossa experiência em laparoscopia no tratamento de cálculos ureterais maiores de 1cm localizados em ureter superior e médio em homens. **MATERIAIS E MÉTODOS:** No período de agosto de 2006 a dezembro de 2008 foram realizadas 10 ureterolitotomias videolaparoscópicas no Hospital de Base da FAMERP – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – SP. Todos os pacientes do sexo masculino, com idade média de 36 anos (24 – 56), com cálculos maiores de 1cm, sendo 7 em ureter superior e 4 em ureter médio, isso por que um paciente apresentou 2 cálculos simultâneos. Nos últimos 7 casos foi padronizado a passagem de duplo J guiado por radioscopia, seguida da marcação do cálculo na pele com caneta de tinta permanente. O paciente fica fixado à mesa em 45º, e em todos foi realizada a técnica transperitoneal. **RESULTADOS:** O tempo cirúrgico médio foi de 286min (120-420), incluindo a passagem de duplo J, e posterior reposicionamento do paciente à mesa cirúrgica. Apresentamos 2 conversões cirúrgicas devido a dificuldade técnica, um o primeiro caso e em outro paciente com obesidade mórbida. A taxa de sucesso foi de 90%, tivemos um caso onde o cálculo migrou pra o rim. O tempo de

internação médio foi de 4 dias (2 – 12). Apresentamos como maior complicação um caso de fistula urinária, o qual não havia sido passado duplo J, que se resolveu com a sua passagem no 2º PO. Em todos os casos foi realizada sutura com pontos separados com vicryl 4.0, sendo retirado o duplo J em 1 mês. Não tivemos nenhum caso de estenose ureteral até o momento. **CONCLUSÃO:** Concluímos que a laparoscopia é completamente factível, eficaz e segura para a retirada de cálculos ureterais altos, maiores de 1cm, onde a cirurgia aberta seria indicada, principalmente em serviços públicos, como o nosso, que não dispõem de ureteroscopia flexível ou laser. Notamos que o uso de radioscopia e a passagem de duplo J previamente à abordagem laparoscópica aumentam a taxa de sucesso de retirada do cálculo, diminuído significativamente o risco de fistula urinária, e com isso melhorando a curva de aprendizado.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

207 - CIRURGIAS UROLÓGICAS LAPAROSCÓPICAS TRANSUBILICAIS

ANÍBAL WOOD BRANCO; WILLIAM KONDO; LUCIANO CARNEIRO STUNITZ; ALCIDES JOSÉ BRANCO FILHO; SATURNINO RIBEIRO DO NASCIMENTO NETO

RESUMO

A cirurgia laparoscópica tem sido amplamente utilizada para uma variedade de procedimentos reconstrutivos e ablativos do trato urinário. Tipicamente, cirurgias laparoscópicas avançadas têm sido realizadas utilizando vários portais (três a seis) inseridos por acesso transperitoneal ou retroperitoneal. Os recentes avanços no campo da laparoscopia têm sido direcionados a redução da morbidade e melhora do efeito cosmético. Isto inclui o uso da minilaparoscopia, o uso da cirurgia por orifícios naturais e o acesso transumbilical. Trocateres chamados de single port têm sido desenvolvidos para permitir a introdução de vários instrumentos laparoscópicos flexíveis através de uma única incisão abdominal, mas eles aumentam os custos da cirurgia. Este vídeo demonstra a realização de cinco procedimentos urológicos (três nefrectomias, uma adrenalectomia e uma ressecção de massa retroperitoneal) por via laparoscópica transumbilical utilizando equipamentos cirúrgicos da laparoscopia convencional.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

208 - FLAP DE BOARI LAPAROSCÓPICO

ANÍBAL WOOD BRANCO; WILLIAM KONDO; LUCIANO CARNEIRO STUNITZ; SATURNINO RIBEIRO DO NASCIMENTO NETO; ALCIDES JOSÉ BRANCO FILHO

RESUMO

O flap de Boari pode ser necessário para unir longos defeitos do ureter médio e proximal à bexiga. Este vídeo demonstra a construção laparoscópica do flap de Boari em uma paciente com estenose ureteral devido à ureterolitíase. Os principais passos do procedimento foram a identificação e ressecção do segmento de ureter estenosado, a espatulação do ureter seccionado, a confecção do flap com a parede vesical, a anastomose do ureter ao flap, a passagem do cateter duplo J através da anastomose, o fechamento do flap sobre o cateter e o fechamento da bexiga.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

209 - NEFROLITOTOMIA ANATRÓFICA LAPAROSCÓPICA

ANÍBAL WOOD BRANCO; WILLIAM KONDO; LUCIANO CARNEIRO STUNITZ; SATURNINO RIBEIRO DO NASCIMENTO NETO; ALCIDES JOSÉ BRANCO FILHO

RESUMO

A nefrolitotomia anatrófica é um procedimento em que uma incisão no parênquima é realizada no plano intersegmental, permitindo a remoção de grandes cálculos renais. Neste vídeo demonstra a realização de uma nefrolitotomia anatrófica laparoscópica. O procedimento foi realizado em uma paciente com 9 cálculos em cálices renais e pelve renal, sendo um caso desfavorável para nefrolitotomia percutânea. Após dissecação dos vasos renais e mobilização do todo o rim, este foi envolvido por um saco laparoscópico. Uma incisão de 3cm foi realizada na região lombar para poder inserir gelo na cavidade para obter isquemia hipotérmica renal. Os vasos renais foram clampeados utilizando um clamp vascular laparoscópico. A nefrotomia foi realizada na linha de Brodel e os cálculos foram retirados. A incisão renal foi fechada com fio de polidioxanona 3-0 por meio de uma sutura contínua.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

210 - NEFRECTOMIA LAPAROSCÓPICA BILATERAL TRANSUMBILICAL

ANÍBAL WOOD BRANCO; WILLIAM KONDO; LUCIANO CARNEIRO STUNITZ; SATURNINO RIBEIRO DO NASCIMENTO NETO; ALCIDES JOSÉ BRANCO FILHO

RESUMO

A nefrectomia laparoscópica está indicada no tratamento da maioria das doenças renais benignas em que há perda permanente da função renal. Com o objetivo de diminuir a morbidade da cirurgia, alguns autores têm relatado o uso da minilaparoscopia, da cirurgia por orifícios naturais e da via de acesso laparoscópica transumbilical. Neste vídeo demonstramos o uso do acesso laparoscópico transumbilical para a realização de nefrectomia bilateral.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

211 - PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA PÓS PROSTATECTOMIA TRANSVESICAL

ANÍBAL WOOD BRANCO; LUCIANO CARNEIRO STUNITZ; WILLIAM KONDO; SATURNINO RIBEIRO DO NASCIMENTO NETO; ALCIDES JOSÉ BRANCO FILHO

RESUMO

A prostatectomia transvesical é uma cirurgia indicada em casos de grandes adenomas prostáticos, associados ou não à patologia vesical. Na eventualidade de um câncer de próstata subsequente, pode haver maior aderência e fibrose em decorrência da cirurgia prévia, o que é um fator limitador para a prostatectomia radical. Neste vídeo demonstramos um caso de prostatectomia radical laparoscópica em um paciente previamente submetido a prostatectomia transvesical.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

212 - ACESSO EXTRAPERITONEAL PARA CIRURGIA LAPAROSCÓPICA RENAL

MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; MARCOS VINICIUS TEFILLI; ISIDORO HENRIQUE GOLDRAICH; GILVAN NEIVA FONSECA

RESUMO

INTRODUÇÃO E OBJETIVO: A abordagem transperitoneal foi e é por nós recomendada. No entanto a abordagem extraperitoneal é uma alternativa que devemos dominar. Este vídeo objetiva demonstrar o acesso ao rim pela via extraperitoneal. **MATERIAL E MÉTODO:** Utilizou-se um paciente com estenose de junção pieloureteral direita para demonstrar a abordagem. São apresentados os pontos de referência mais importantes na dissecação com a borda do psoas, a identificação do peritônio visto por trás, a identificação do rim com retirada da gordura sem abrir o peritônio e a exposição da pelve renal. **CONCLUSÃO:** A sistematização dessa abordagem a torna uma alternativa atrativa, eficiente e recomendada.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

213 - CISTOPROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA

MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; MARCOS VINICIUS TEFILLI; ISIDORO HENRIQUE GOLDRAICH; GILVAN NEIVA FONSECA

RESUMO

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: A cistoprostatectomia radical laparoscópica é uma das intervenções mais invasivas em urologia. Neste vídeo apresentamos a técnica cirúrgica da ISCMPA (Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre) para realização deste procedimento. **MÉTODO:** Utiliza-se um número de portais que pode variar de 4 a 6. É necessário colocá-los um pouco mais acima da posição utilizada para a prostatectomia radical laparoscópica para facilitar a linfoadenectomia e o acesso ao intestino para a confecção da derivação urinária. **CONCLUSÃO:** A cistectomia radical laparoscópica com derivação por ureterostomia cutânea é possível. A via laparoscópica tem potencial para reduzir a grande morbidade inerente este procedimento quando realizado por via aberta convencional.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

214 - DIVERTICULECTOMIA TRANSVESICAL LAPAROSCÓPICA

MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; MARCOS VINICIUS TEFILLI; ISIDORO HENRIQUE GOLDRAICH; GILVAN NEIVA FONSECA

RESUMO

INTRODUÇÃO E OBJETIVO: O divertículo de bexiga pode ter colo estreito ou amplo, decorrendo daí sua importância clínica, pois aqueles que se esviam com dificuldade constituem sede de estase urinária e risco de infecção. O objetivo é demonstrar a técnica de exereses por via laparoscópica. **MÉTODO:** Este vídeo apresenta o caso de um paciente masculino tratado transvesicalmente com uma abordagem laparoscópica, demonstrando a abertura da bexiga, a identificação do colo do divertículo, a eversão, ressecção, bem como o fechamento do colo do divertículo e da bexiga. **CONCLUSÃO:** A diverticulectomia laparoscópica é um método para tratamentos de divertículos vesicais sintomáticos sendo uma cirurgia segura e eficaz.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

215 - NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA

MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; MARCOS VINICIUS TEFILLI; ISIDORO HENRIQUE GOLDRAICH; GILVAN NEIVA FONSECA

RESUMO

INTRODUÇÃO E OBJETIVO: Nefrectomia parcial laparoscópica é uma alternativa à cirurgia aberta. Inicialmente limitada a tumores pequenos e exofíticos e agora utilizada em tumores maiores. Este vídeo objetiva demonstrar uma das maneiras de realizar este procedimento com segurança. **MÉTODO:** Entre junho de 1997 e dezembro de 2008 foram realizadas 43 nefrectomias parciais laparoscópicas para massas renais entre 2 e 9,5 cm. Os procedimentos foram realizados por via transperitoneal, com controle do pedículo renal, medida do tempo de isquemia quente, hemostasia com sutura usando fios ou fios com Hem-o-lock e acolchoamento com surgical. **CONCLUSÃO:** A técnica laparoscópica permite reproduzir a cirurgia aberta com as vantagens das técnicas minimamente invasivas não dispensando a curva de aprendizado.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**216 - NEFROURETERECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA**

MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; MARCOS VINICIUS TEFILLI; ISIDORO HENRIQUE GOLDRAICH; GILVAN NEIVA FONSECA

RESUMO

INTRODUÇÃO E OBJETIVO: Reportar nossa experiência com heminefrectomia laparoscópica usando a via transperitoneal. **MÉTODOS:** De setembro de 1998 a dezembro de 2008, 43 heminefrectomias foram realizadas, sendo 29 no sexo feminino e 14 no sexo masculino, com idades entre 3 e 35 anos com média de 14 anos. Os procedimentos foram, 39 heminefrectomias polares superiores e 4 polares inferiores com ureterectomia parcial ou total. As cirurgias foram realizadas usando a via de abordagem transperitoneal. **RESULTADOS:** Seguimento de 6 meses a 5 anos com média de 2 anos, tempo operatório de 90 a 200 minutos com média de 140 min. Complicações foram observadas em 12 % dos pacientes. Dois pacientes tiveram drenagem urinária por uma semana que se resolveu espontaneamente. Um paciente sofreu abertura acidental do diafragma que foi identificado e suturado. A internação foi de 2 a 5 dias com média de 3 dias. **CONCLUSÃO:** Heminefrectomia pode ser feita como boa alternativa em doença benigna com mínima morbidade, melhor resultado cosmético e menor tempo de internação.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**217 - PROSTATECTOMIA SIMPLES LAPAROSCÓPICA**

MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; MARCOS VINICIUS TEFILLI; ISIDORO HENRIQUE GOLDRAICH; GILVAN NEIVA FONSECA

RESUMO

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: A utilização de técnicas minimamente invasivas vem crescendo nos últimos anos no tratamento da hiperplasia prostática benigna mesmo com o surgimento de medicamentos novos eficazes. Este vídeo objetiva mostrar a técnica laparoscópica utilizada em próstatas com mais de 80 gramas e sintomáticas. **MATERIAL E MÉTODO:** No período de 1997 a 2008 foram realizadas 200 prostatectomias simples por laparoscopia. A abordagem foi feita por via transperitoneal e extraperitoneal sendo a via transperitoneal a mais utilizada em casos de próstatas com mais de 150 gramas por apresentar um campo maior. **CONCLUSÃO:** A abordagem laparoscópica demonstrou ser uma boa alternativa no tratamento de hiperplasia prostática em casos de próstatas grandes.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**218 - REIMPLANTE URETERAL LAPAROSCÓPICO**

MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; MARCOS VINICIUS TEFILLI; ISIDORO HENRIQUE GOLDRAICH; GILVAN NEIVA FONSECA

RESUMO

INTRODUÇÃO E OBJETIVO: A laparoscopia tem sido utilizada não somente com fins diagnósticos e extirpativos mas também como técnica de reconstrução. Este vídeo tem como objetivo demonstrar a sua utilização em reimplante ureteral. **MÉTODO:** Paciente obeso, transplantado apresentando perda progressiva da função renal por obstrução. Melhorou com a colocação de cateter de duplo J e então foi submetido ao reimplante com abordagem transperitoneal. **CONCLUSÃO:** O método se mostrou como uma alternativa técnica.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**219 - SACROCOLPOPEXIA POR LAPAROSCOPIA**

MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; MARCOS VINICIUS TEFILLI; ISIDORO HENRIQUE GOLDRAICH; GILVAN NEIVA FONSECA

RESUMO

INTRODUÇÃO E OBJETIVO: Prolapso vaginal ocorre após histerectomia devido a debilidade dos ligamentos cardinais. Nesta situação a bexiga participa. Esta condição pode ser corrigida por uma sacrocolpopexia abdominal com a utilização de uma tela com auxílio da laparoscopia. Este vídeo é para demonstrar a técnica da sacrocolpopexia laparoscópica. **MÉTODO:** A técnica utilizando a laparoscopia é feita na posição supina com as pernas fletidas e em Trendelenburg. Cinco portais de trabalho são colocados na parede abdominal inferior. Uma incisão é feita no peritônio, do lado direito do sigmoide que é deslocado para o lado esquerdo permitindo a exposição do promontório. Os ligamentos sacrais do promontório são expostos. Uma valva é colocada na vagina para elevar o ápice e uma incisão do peritônio é feita a esse nível da cupula vaginal para exposição. Uma tela de Marlex de 2cm por 6 cm é inserida e suturada na parede vaginal e fixada nos ligamentos sacrais do promontório usando Ethibond. Esta tela permite elevar a cupula vaginal e manter o eixo sem tensão. **CONCLUSÃO:** A laparoscopia permite a realização desta cirurgia em um tempo cirúrgico razoável, com os benefícios de uma técnica minimamente invasiva.

Apresentação: Tema e Vídeo livre**220 - URETERÓLISE POR VIA LAPAROSCÓPICA**

MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; MARCOS VINICIUS TEFILLI; ISIDORO HENRIQUE GOLDRAICH; GILVAN NEIVA FONSECA

RESUMO

INTRODUÇÃO E OBJETIVO: Fibrose retroperitoneal é uma patologia inflamatória incomum sendo de etiologia infecciosa, neoplásica, hemorrágica, secundária ao uso de medicamentos ou idiopática. Este vídeo visa demonstrar a técnica laparoscópica utilizada para corrigir a patologia. **MÉTODO:** Paciente com perda do rim direito há 6 anos por patologia retroperitoneal não diagnosticada. Agora com insuficiência renal obstrutiva em uso de duplo J com exames mostrando massa retroperitoneal sugestiva de fibrose retroperitoneal envolvendo o ureter esquerdo. A cirurgia é realizada por laparoscopia. **CONCLUSÃO:** O uso

da laparoscopia demonstrou ser uma alternativa para a ureterólise permitindo adequado diagnóstico e diminuição da morbidade desse procedimento.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

221 - ACESSO TRANSPERITONEAL PARA PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA

MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; MARCELO CABRAL LAMY DE MIRANDA; MARCIO MAIA LAMY DE MIRANDA; GILVAN NEIVA FONSECA

RESUMO

INTRODUÇÃO E OBJETIVO: A prostatectomia radical laparoscópica vem sendo utilizada cada vez mais no Brasil. No último ano chegaram 4 robôs para aumentar ainda mais o interesse pela laparoscopia. Como temos muitos estados brasileiros que somente a longo prazo terão acesso a essa tecnologia, no Brasil como na França, a laparoscopia sem o uso do robô continua a ser praticada nos estados que não têm esse auxílio. Este vídeo objetiva demonstrar a via transperitoneal. **MÉTODO:** Posicionamento do Paciente, dos trocartes, abertura do peritônio e dissecação das vesículas seminais, mobilização da bexiga, tratamento do complexo da veia dorsal, separação da próstata da bexiga, dissecação dos feixes vasculo nervosos, secção da uretra e anastomose uretrovesical. **CONCLUSÃO:** A prostatectomia radical laparoscópica por via transperitoneal é um método seguro, eficiente e necessita do cumprimento da curva de aprendizado.

Apresentação: Poster

222 - AVALIAÇÃO DO APRENDIZADO EM LAPAROSCOPIA UROLÓGICA DURANTE A RESIDÊNCIA

BERTRAND GARCIA; RODRIGO QUINTELA SOARES; GUSTAVO MARELLI DE CARVALHO; FELIPE REIS CALDEIRA; MARCELO MIRANDA SALIM

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar o processo de aprendizado do residente de urologia em laparoscopia urológica durante a residência em um hospital com serviço de laparoscopia urológica estruturada. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Realizado avaliação retrospectiva de todos os casos de cirurgia laparoscópica urológica operados pelos residentes do último ano. Foram avaliados tipos de cirurgia, via de acesso, complicações graves e taxa de conversão. **RESULTADOS:** O processo de aprendizado em laparoscopia inicia-se desde o primeiro ano da residência com práticas em caixa preta e auxílio nos procedimentos. No último ano o residente realiza os procedimentos sob supervisão de um membro do staff (RQ) em graus progressivos de complexidade. Entre janeiro de 2005 e dezembro de 2008 foram realizados 122 procedimentos cirúrgicos laparoscópicos pelos quatro residentes do terceiro ano. Os procedimentos realizados foram: 43 casos de pielolitotomia / ureterolitotomia, 14 casos de pieloplastia, 13 casos de nefrectomia, 17 casos de cisto renal simples, 30 casos de prostatectomia radical e 5 casos de prostatectomia simples. As taxas de complicações graves foram 2% (três casos) e de conversão foram de 4% (cinco casos). Todos os quatro residentes terminaram a residência capacitados a executar procedimentos laparoscópicos urológicos habituais. Dois residentes saíram capacitados a executar procedimentos complexos. **CONCLUSÃO:** A formação do residente de urologia em laparoscopia urológica durante a residência ocorre de maneira natural e com baixos índices de complicações em um serviço com atividade laparoscópica rotineira e estruturada.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

223 - FEOCROMOCITOMA: SEGUIMENTO A LONGO PRAZO DE 24 PACIENTES SUBMETIDOS A ADRENALECTOMIA LAPAROSCÓPICA

TIAGO MOURA RODRIGUES; LÍSIAS NOGUEIRA CASTILHO; FABIANO ANDRÉ SIMÕES; ANDRÉ MEIRELLES DOS SANTOS; FÁBIO GUIMARÃES; FLÁVIO AUGUSTO PAULATTI FREDERICO; CARLOS ALBERTO DOS SANTOS JUNIOR

RESUMO

INTRODUÇÃO: Feocromocitomas são tumores derivados de células cromafins que geralmente secretam catecolaminas e causam hipertensão. O diagnóstico clínico de feocromocitoma depende da presença de produção excessiva de catecolaminas. Os exames de imagem usualmente utilizados na avaliação pré-operatória são CT, RM e cintilografia com ¹³¹I-MIBG. A ressecção cirúrgica é o tratamento definitivo para os pacientes com feocromocitoma. O objetivo deste estudo é avaliar os resultados de longo prazo de 24 pacientes submetidos a adrenalectomia laparoscópica para tratar o feocromocitoma. **PACIENTES E MÉTODO:** Entre janeiro de 1995 e setembro de 2006, 24 pacientes com feocromocitoma foram submetidos a adrenalectomia laparoscópica. Vinte (83,3%) pacientes tinham hipertensão arterial. Os critérios de inclusão de pacientes neste estudo retrospectivo foram a cirurgia laparoscópica, a presença de tumor adrenal unilateral ou bilateral, o diagnóstico anatomopatológico de feocromocitoma e um período de seguimento mínimo de 18 meses. **RESULTADOS:** Complicações intra-operatórias ocorreram em 4 (16,7%) pacientes. Dois (8,3%) pacientes apresentaram complicações pós-operatórias. Dois pacientes (8,3%) receberam transfusão sanguínea. O tempo médio de internação hospitalar foi de 3,8 dias (1 a 11 dias). Dezoito (90%) dos vinte pacientes hipertensos tiveram sua pressão arterial normalizada imediatamente após a cirurgia. Em um paciente os níveis elevados de pressão arterial permaneceram inalterados. Em outro paciente a hipertensão tornou-se moderada, bem controlada com droga anti-hipertensiva. **CONCLUSÕES:** Nossos resultados confirmaram que a adrenalectomia laparoscópica para o tratamento do feocromocitoma é um procedimento seguro e eficaz, com os benefícios do tratamento minimamente invasivo. Neste estudo, os bons resultados iniciais obtidos em 24 pacientes foram confirmados depois de um seguimento médio de 74 meses.

Apresentação: Poster

224 - SÍNDROME VIRILIZANTE PURA SECUNDÁRIA A ADENOMA DE ADRENAL - RELATO DE CASO

TIAGO MOURA RODRIGUES; LÍSIAS NOGUEIRA CASTILHO; CARLOS AUGUSTO DE BASTOS VARZIM; ALEXANDRE SOARES GRIECO; FLÁVIO AUGUSTO PAULATTI FREDERICO; FÁBIO GUIMARÃES; LUCAS ZEPONI DAL'ACQUA

RESUMO

INTRODUÇÃO: Virilização é a combinação de hirsutismo com sinais de masculinização. As principais causas de hiperandrogenismo em mulheres adultas são: síndrome dos ovários policísticos (75%), hirsutismo idiopático (15%) e hiperplasia adrenal congênita (3%). Causas menos comuns incluem síndrome de Cushing, tumores ovariano ou de supra-renal. A síndrome virilizante sem evidências clínicas ou metabólicas do hiperandrogenismo deve levantar suspeita de tumor secretor de testosterona ovariano ou da glândula supra-renal, sendo este, extremamente raro. **RELATO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 75 anos, com história de aumento da pilificação em tórax,

abdômen, dorso, membros e face, acompanhado de alopecia androgênica há cerca de 15 anos (Figura 1 - 4). Portadora de hipertensão arterial de difícil controle e diabetes mellitus. Exames complementares evidenciaram estado hiperandrogênico: testosterona total: 5,31 ng/ml (VN: 0,06 – 0,82), testosterona livre: 17 ng/ml (VN: 0,29 – 1,73); DHEA e DHEA-S normais. TC abdominal: imagem nodular em adrenal direita com atenuação homogênea, medindo 3,2 x 3,0 cm, levando a hipótese de tumor funcionante de adrenal produtor de testosterona (Figura 5 e 6). Apresentava dosagem de ac. vanilmandélico, metanefrinas urinárias, cortisol plasmático e urinário normais, afastando os diagnósticos de feocromocitoma e Cushing. Submetida a adrenalectomia direita vídeo-laparoscópica, apresentando boa evolução no pós-operatório. Anátomo patológico confirmou o diagnóstico de adenoma de supra-renal (Figura 7). Seis meses após a cirurgia, mostrava redução significativa do hirsutismo e dosagem de testosterona total de 0,08 ng/ml. DISCUSSÃO: A hipersecreção de hormônios esteróides pode afetar severamente a qualidade de vida. Na síndrome virilizante pura as pacientes se apresentam com alteração no timbre da voz, hirsutismo e oligomenorréia. O diagnóstico se baseia na dosagem sérica de hormônios esteróides e em estudos de imagem. Os tumores adrenais virilizantes se associam a níveis elevados de testosterona, DHEA e DHEA-S na maioria dos casos, enquanto os níveis de glicocorticóides e seus metabólitos urinários são geralmente normais. O tamanho da lesão e a mensuração das unidades Hounsfield pela tomografia computadorizada persistem como principais indicadores de malignidade. Ressecção cirúrgica é o tratamento de escolha. As indicações clássicas de adrenalectomia consistem em tumores funcionantes e tumores potencialmente malignos. A técnica vídeo-laparoscópica é a primeira opção na maioria dos casos, sendo atualmente considerada padrão ouro para as abordagens cirúrgicas da glândula adrenal. Na síndrome virilizante, o citrato de ciproterona foi descrito como modalidade terapêutica de sucesso, com supressão dos níveis hormonais e regressão tumoral. CONCLUSÃO: Os pacientes portadores de tumores funcionais apresentam melhora significativa da qualidade de vida após a adrenalectomia. A laparoscopia é considerada padrão ouro para abordagens cirúrgicas da glândula adrenal.

Apresentação: Poster

225 - ADRENALECTOMIA LAPAROSCÓPICA PARA O TRATAMENTO DE METÁSTASE ÚNICA DE CÂNCER DE PULMÃO DE CÉLULAS NÃO-PEQUENAS - RELATO DE QUATRO CASOS

TIAGO MOURA RODRIGUES; LÍSIAS NOGUEIRA CASTILHO; FABIANO ANDRÉ SIMÕES; ALEXANDRE SOARES GRIECO; FLÁVIO AUGUSTO PAULATTI FREDERICO; FÁBIO GUIMARÃES; LUCAS ZEPONI DAL'ACQUA

RESUMO

INTRODUÇÃO: Pacientes com diagnóstico de câncer de pulmão de células não-pequenas (CPCNP) em estágio inicial, sem acometimento de linfonodos mediastinais (estágios I e II), recebem tratamento cirúrgico como a primeira opção de tratamento, com propósito curativo. Alguns desses pacientes desenvolvem metástase única em adrenal e podem ser submetidos à adrenalectomia. Descrevemos quatro casos de pacientes com diagnóstico de CPCNP com metástase única para glândula adrenal, que foram submetidos à adrenalectomia laparoscópica transperitoneal. RELATO DOS CASOS: Caso 1: R.S.M., 68 anos, sexo feminino, branca, fumante. Em início de 1997, foi submetida a tratamento cirúrgico de lesão pulmonar (CPCNP), com propósito curativo. Cerca de seis meses após a cirurgia surgiu uma lesão metastática única, de 3cm, em glândula adrenal direita. Foi realizada a adrenalectomia laparoscópica transperitoneal em 65 minutos, com facilidade. O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de metástase

de CPCNP, com margens cirúrgicas livres. A paciente recebeu alta hospitalar no 1º pós-operatório e ficou assintomática por seis meses. Após este período, surgiram metástases pulmonares e cerebrais. A paciente faleceu dez meses depois da adrenalectomia. Caso 2: A.C., 46 anos, sexo masculino, branco, fumante. Em 1998, concomitantemente com o diagnóstico de câncer de pulmão de células não-pequenas, apresentou uma lesão metastática única de 4cm em adrenal direita. Foi submetido inicialmente a radioterapia de tórax. Algumas semanas depois foi submetido à adrenalectomia laparoscópica. O tumor invadia as estruturas vizinhas grosseiramente, ocorrendo lesão de veia lombar junto à veia cava inferior na tentativa de ressecção, sendo necessário converter para cirurgia aberta. O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de metástase de CPCNP, com margens comprometidas. O paciente evoluiu com recidiva local e metástase cerebral, falecendo oito meses após a cirurgia. Caso 3: M.K., 67 anos, sexo feminino, amarela, fumante. Foi submetida à cirurgia torácica com intenção curativa para CPCNP em 1999. No primeiro seguimento oncológico, aos três meses de pós-operatório, foi diagnosticado um tumor adrenal direito de 2,5cm, confinado à glândula, com aspecto homogêneo, sugerindo adenoma não-funcionante. Não havia evidências de metástases em outros sítios. Foi realizada a adrenalectomia direita laparoscópica com facilidade, em 60 minutos. O exame anatomopatológico revelou tratar-se de metástase de CPCNP, com margens livres. Depois de seis meses surgiram outros focos metastáticos e a paciente veio a falecer cerca de um ano após a adrenalectomia. Caso 4: P.A.G., 62 anos, sexo masculino, branco, ex-fumante. O paciente foi submetido à ressecção cirúrgica de CPCNP, em 1999, com propósito curativo. Pouco mais de um ano depois, foi realizada a adrenalectomia laparoscópica direita para ressecção de metástase única de 3cm. A cirurgia durou 3 horas porque houve dificuldade de separar a glândula da veia cava inferior, o que ocorreu com sucesso. O exame anatomopatológico confirmou a natureza metastática do tumor. O paciente não apresentou qualquer recidiva depois de cinco anos de acompanhamento e foi considerado curado. CONCLUSÕES: A cirurgia laparoscópica tem se mostrado como a via de acesso mais favorável para a abordagem da glândula adrenal, quando comparada com a via aberta. Tivemos a oportunidade de operar apenas quatro casos de metástase de câncer de pulmão de células não-pequenas entre 1994 e 2007, o que ratifica a raridade desta apresentação. Dois eram de doença sincrônica e os outros dois de doença metacrônica. A sobrevida livre de doença encontrada neste estudo foi de 25% depois de cinco anos. No entanto, apesar de este número estar de acordo com os da literatura internacional, o pequeno número de casos não permite tirar conclusões definitivas.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

226 - TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO DO URETER RETROCAVA: EXPERIÊNCIA COM SEIS CASOS

TIAGO MOURA RODRIGUES; LÍSIAS NOGUEIRA CASTILHO; FABIANO ANDRÉ SIMÕES; JOSÉ COCISFRAN MILFONT; ANDRÉ MEIRELLES DOS SANTOS; THIAGO MUSSATO CARCINONI; FLÁVIO AUGUSTO PAULATTI FREDERICO

RESUMO

O ureter retrocava trata-se de uma malformação congênita relativamente rara que resulta na compressão do ureter proximal pela veia cava inferior. O objetivo do estudo foi relatar a experiência no reparo laparoscópico de 6 casos de ureter retrocava através de 2 vias de acesso: retroperitoneal e transperitoneal. O tempo cirúrgico médio foi de 90 minutos, não havendo diferença entre os acessos retro ou transperitoneal. Todos os pacientes receberam dieta no primeiro dia de pós-operatório e alta hospitalar no segundo dia. Foi realizado controle após 3 meses através de urografia

endovenosa com dilatação mínima e cintilografia renal com ácido dietilenotriaminopentacético (DTPA) sem sinais de obstrução. Os pacientes foram seguidos por um período de até 120 meses, estando todos assintomáticos. A laparoscopia pode ser considerada um procedimento padrão para o tratamento do ureter retrocava, uma vez que estudos demonstram a superioridade desta quando comparada à cirurgia aberta; sendo o acesso retro ou transperitoneal uma escolha pessoal do cirurgião de acordo com sua experiência e prática.

Apresentação: Poster

227 - NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA PASSO A PASSO

MAURICIO RUBINSTEIN; IRINEU RUBINSTEIN; RICARDO DIGIOIA; FILIPE LEAL; EDUARDO LEZE; ADRIAN JARA

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Nefrectomia Parcial aberta é o padrão ouro de tratamento para os tumores renais menores de 4cm. As indicações da Nefrectomia Parcial Laparoscópica (NPL) dependem muito da experiência adquirida pela equipe laparoscópica. Geralmente não diferem muito da cirurgia aberta, ou seja, tumores renais com menos de 4 cm, acessíveis anatomicamente. **OBJETIVO:** descrever e demonstrar passo a passo a técnica da Nefrectomia Parcial Laparoscópica (NPL) com o uso de sutura e surgicel, sem a utilização de energia e/ou métodos de hemostasia adjuvantes. **MATERIAL E MÉTODO:** Paciente do sexo masculino, 56 anos de idade, apresentou diagnóstico de lesão tumoral renal de pólo superior de rim E de 3,8cm (Ultrassonografia de vias urinárias / Tomografia computadorizada). O diagnóstico pré-operatório foi de Cisto renal complexo Bosniak III. O paciente foi posicionado em decúbito lateral. Foi realizada NPL através de acesso transperitoneal com utilização de 5 ports laparoscópicos. Os tempos cirúrgicos foram: 1) dissecação de pedículo renal; 2) clampeamento de hilo renal; 3) Ressecção fria de tumoração renal; 4) Sutura contínua de base tumoral; 5) Uso de surgicel + suturas para fechamento renal. **RESULTADO:** A cirurgia foi realizada com sucesso em 3h 20 minutos e o tempo de isquemia quente foi de 42 minutos. A retirada do tumor foi realizada através de incisão de 3 cm em região paramediana esquerda. O sangramento estimado foi de 150ml e o tempo de internação hospitalar foi de 72 horas. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica revelou carcinoma de células claras renais, furhrman II. **CONCLUSÃO:** A NPL está se aprimorando como técnica cirúrgica e opção de tratamento para o carcinoma renal. As indicações estão expandindo para tumores maiores, infiltrantes e de difícil localização.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

228 - NEFRECTOMIA LAPAROSCÓPICA EM DOENÇA INFLAMATÓRIA RENAL

MAURICIO RUBINSTEIN; ANDRÉ CAVALCANTI; ANTONIO TAVARES; ADRIAN JARÁ; EDUARDO LEZE; IRINEU RUBINSTEIN

RESUMO

OBJETIVOS: A Laparoscopia vem crescendo e suas indicações expandindo à medida que a experiência cirúrgica cresce. Casos complexos e de maior morbidade estão sendo realizados através da técnica e são descritos na literatura recente. A nefrectomia por doença benigna com abordagem laparoscópica tornou-se uma opção tecnicamente viável, com vantagens sobre a abordagem convencional, quando indicada a remoção do rim. **MATERIAL E MÉTODOS:** Paciente do sexo feminino, 43 anos procurou atendi-

mento médico devido à história de litíase renal associada à infecção urinária de repetição. Apresentou diversos episódios de pielonefrite ao longo da vida. A paciente apresentava perda da unidade renal aos exames complementares (tomografia computadorizada e cintilografia renal). A paciente foi submetida após esclarecimento prévio a Nefrectomia laparoscópica transperitoneal com utilização de cinco trocartes. **RESULTADOS:** A paciente foi posicionada em decúbito lateral. O procedimento cirúrgico foi realizado através de acesso transperitoneal, com técnica de punção fechada (Veres). Após rebatimento de cólon, foram observadas, durante o procedimento, muitas aderências ao rim, o que torna a Nefrectomia para doença inflamatória um procedimento de grau de dificuldade maior. O tempo operatório foi de 150 minutos. A perda sanguínea foi inferior a 100 ml. A drenagem no pós-operatório foi mínima. Não houve complicação relacionada ao caso descrito. O tempo de hospitalização foi de dois dias. **CONCLUSÃO:** A laparoscopia é uma boa opção para a abordagem de rins inflamatórios. Os pacientes são beneficiados com uma menor morbidade e menor tempo de hospitalização se comparada à técnica aberta convencional. É necessária experiência para abordagem destes rins inflamatórios devido ao grau de aderências a órgãos adjacentes.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

229 - PIELOLITOTOMIA LAPAROSCÓPICA

MAURICIO RUBINSTEIN; IRINEU RUBINSTEIN; PAULO HENRIQUE RABELLO; ANTONIO TAVARES; ADRIAN JARA

RESUMO

OBJETIVOS: A maioria dos cálculos renais é tratada através da cirurgia percutânea e/ou litotripsia extracorpórea. Alguns cálculos grandes ainda têm indicação rara de cirurgia aberta convencional. Nestes pacientes, a laparoscopia se mostra uma opção para tal procedimento cirúrgico. Os autores apresentam um vídeo de uma Pielolitomia realizada por laparoscopia. **MATERIAL E MÉTODOS:** Paciente de 65 anos apresentava cálculo de 4,5cm localizado em pelve renal direita aos exames complementares. Foi optado por acesso laparoscópico devida a posição favorável da pelve renal (extra renal) do paciente. Foi assinado um consentimento informado. O paciente foi posicionado em decúbito lateral, realizado pneumoperitônio através de técnica fechada (Veress) e posteriormente foram posicionados 3 trocares (2 de 10mm e 1 de 5mm). A pelve renal foi dissecada inicialmente após rebatimento de cólon direito e foi realizada uma incisão longitudinal sobre a pelve/cálculo. Após a extração do cálculo foi trocado o cateter ureteral "duplo J" colocado anteriormente e suturado o ureter com fio vycriil 4.0 por via laparoscópica. **RESULTADOS:** O procedimento foi realizado com sucesso e o tempo operatório foi de 75 minutos. Não houve qualquer complicação no per e no pós operatório. O paciente teve alta no 3º dia de pós-operatório. **CONCLUSÃO:** A Pielolitomia Laparoscópica é efetiva, segura e representa uma boa opção terapêutica para alguns cálculos renais.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

230 - PIELOPLASTIA LAPAROSCÓPICA: ASPECTOS TÉCNICOS

MAURICIO RUBINSTEIN; IRINEU RUBINSTEIN; ANDRÉ CAVALCANTI; ANTONIO TAVARES; ADRIAN JARÁ; FILIPE LEAL; WILTON PORTELA

RESUMO

OBJETIVOS: A pieloplastia é a terapêutica clássica para a obstrução da junção ureteropélvica, com índices de sucesso em longo

prazo superiores a 90%. A técnica laparoscópica se tornou nos últimos anos a técnica "ouro" para o tratamento desta patologia, demonstrando resultados semelhantes à cirurgia aberta convencional aliada a uma menor morbidade cirúrgica e pós-operatória. **MATERIAL E MÉTODOS:** Neste vídeo apresentamos os passos fundamentais da técnica desmembrada em face da etiologia presente. Paciente do sexo masculino, 44 anos, procurou atendimento médico devido a dor lombar associada a náuseas e vômitos. Aos exames complementares (urografia excretora e cintilografia renal) apresentava estenose de junção uretero-piélica no lado esquerdo. Foi orientado a ser submetido a procedimento por via laparoscópica. **RESULTADOS:** O paciente foi submetido ao procedimento laparoscópico através de acesso transperitoneal, com posicionamento em decúbito lateral. Após rebatimento de colon foi acessado a junção uretero-piélica e realizada Pieloplastia através de técnica de Anderson-Hynes (desmembrada). Foi posicionado um cateter duplo J 6 Fr no per-operatório através de via anterógrada. O tempo operatório foi de 130 minutos. A perda sanguínea foi inferior a 50 ml. A drenagem no pós operatório não foi significativa. Não houve complicação relacionada ao caso descrito. O tempo de hospitalização foi de dois dias. O paciente se mantém sem sintomas e estudo radiológico normal após seis meses de acompanhamento. **CONCLUSÃO:** A pieloplastia laparoscópica é uma técnica minimamente invasiva com resultados clínicos, funcionais e radiológicos comparáveis aos da cirurgia aberta clássica. O procedimento apresenta uma menor morbidade e retorno rápido as atividades diárias do paciente.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

231 - PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA COM UTILIZAÇÃO DE CÂMERA HD

MAURICIO RUBINSTEIN; IRINEU RUBINSTEIN; ANDRÉ CAVALCANTI; ANTONIO TAVARES; ADRIAN JARA

RESUMO

OBJETIVOS: O diagnóstico de Câncer de próstata vêm crescendo nos últimos anos através de campanhas de conscientização da população e advento de exames diagnósticos mais precisos. A Prostatectomia Radical Laparoscópica (PRL) vem ganhando espaço no cenário Urológico nos últimos anos. O vídeo demonstra os passos da PRL desenvolvida em nossa instituição com a utilização de aparelhagem de imagem com 3 chips e full HD (high definition). **MATERIAL E MÉTODOS:** Paciente de 65 anos apresentando diagnóstico de câncer de próstata localizado foi submetido à PRL através de acesso transperitoneal. Os exames complementares (tomografia computadorizada e cintilografia óssea) realizados demonstravam se tratar de doença prostática confinada a glândula. Toda e qualquer complicação inerente ao ato foi esclarecida e um consentimento informado foi assinado pelo paciente. O paciente foi posicionado em decúbito dorsal horizontal, com abdução dos membros inferiores. Foram utilizados cinco trocartes, com a câmera posicionada na cicatriz umbilical. **RESULTADOS:** Os tempos cirúrgicos e suas nuances são demonstrados passo a passo no vídeo. A ligadura do complexo da veia dorsal foi realizada com ponto de fio vycril zero. O tempo operatório foi de 125 minutos. A perda sanguínea foi de 200 ml. Não houve complicação relacionada ao caso descrito. O dreno de penrose foi mantido por dois dias. O tempo de hospitalização foi de três dias. O cateter uretral foi retirado com dez dias de pós-operatório. Até a presente data, o paciente encontra-se continente e com grau de ereção satisfatória com utilização de medicação oral. **CONCLUSÃO:** A Prostatectomia Radical Laparoscópica é um procedimento que vem ganhando prestígio na comunidade urológica. A curva de aprendizado é longa, porém factível para grupos que se coloquem a fazer videolaparoscopia avançada. Com o aperfeiçoamento da técnica alcançada nos últimos anos e

a utilização de aparelhagem de última geração o procedimento é realizado com extrema segurança e com excelentes resultados clínicos/oncológicos.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

232 - ADRENALECTOMIA LAPAROSCÓPICA: REVISÃO DAS COMPLICAÇÕES EM 123 PROCEDIMENTOS

TIAGO MOURA RODRIGUES; LÍSIAS NOGUEIRA CASTILHO; FABIANO ANDRÉ SIMÕES; CARLOS AUGUSTO DE BASTOS VARZIM; FLÁVIO AUGUSTO PAULATTI FREDERICO; FÁBIO GUIMARÃES

RESUMO

INTRODUÇÃO: A abordagem laparoscópica da adrenal foi inicialmente relatada em 1992. A eficácia e a segurança da adrenalectomia laparoscópica já foram claramente estabelecidas. Neste trabalho, apresentamos nossa experiência com a adrenalectomia laparoscópica, com ênfase no relato detalhado das complicações, comparando-as com os dados já publicados na literatura internacional. **PACIENTES E MÉTODOS:** Entre Janeiro de 1994 e Janeiro de 2007, 132 pacientes foram submetidos a adrenalectomia laparoscópica. Destes, os 113 primeiros pacientes, dos quais 77 mulheres e 36 homens, foram avaliados. A idade variou de 1 a 76 anos (43,1  16,2 anos). Dezenove (16,8%) tinham tumor unilateral maior do que 4cm, 25 (22,1%) pacientes foram considerados obesos (IMC  30 kg/m²) e 13 (11,5%) haviam sido submetidos previamente a procedimento cirúrgico no andar superior do abdome. Cento e dezesseis intervenções cirúrgicas foram realizadas em 113 diferentes pacientes porque 3 pacientes com doença bilateral foram operados em dois tempos. Nestas 116 intervenções, 123 glândulas foram removidas, 120 abordadas pela via transperitoneal e 3 pela via retroperitoneal. **RESULTADOS:** Os procedimentos unilaterais não-convertidos demoraram 107  33,7 min. (45-250 min.). Cinco (4,3%) casos foram convertidas para cirurgia aberta. Nenhum óbito decorrente da cirurgia foi observado. Vinte (17,7%) pacientes desenvolveram complicações, das quais 6 (5,3%) foram consideradas complicações maiores. Transfusão sanguínea foi necessária em 4 (3,5%) pacientes. O período de seguimento mínimo foi de 36 meses. **CONCLUSÕES:** A adrenalectomia laparoscópica é uma técnica muito bem estabelecida, que representa hoje o padrão-ouro da adrenalectomia para a maioria dos casos que têm indicação de cirurgia.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

233 - ACESSO LAPAROSCÓPICO E ENDOUROLÓGICO COMBINADOS PARA TRATAMENTO DE NEFROLITÍASE

FERNANDO MEYER; LUIZ EDISON SLONGO; JULIANO DUQUE SCHEFFER; FRANCISCO OTÁVIO LORASCHI; LEANDRO SOUZA ARAÚJO; NICOLAS ALMEIDA LEAL DA SILVA; ROBERTO EMÍLIO MANKE

RESUMO

INTRODUÇÃO: O tratamento do cálculo coraliforme, dada a característica da condição, geralmente é um tratamento complexo que pode exigir retratamentos e/ou associação de tratamentos. **OBJETIVO:** Relatar o caso de um paciente que foi submetido à associação das técnicas de videolaparoscopia e endourologia para tratamento do cálculo coraliforme. **MÉTODOS:** Paciente do sexo feminina, 42 anos de idade com cálculo coraliforme em cálice superior e inferior do rim esquerdo. A cintilografia renal demonstrou ausência de função em pólo inferior ipsilateral. Realizado acesso videolaparoscópico com dissecação do pólo inferior e nefrotomia do mesmo, com posterior localização do sistema coletor

(cálice inferior) e introdução do ureteroscópio rígido, pelo trocarer de 10mm, tendo acesso ao sistema coletor (cálice superior) e nefrolitotripsia à laser (holmium) do cálculo. Após, foi submetida à nefrectomia parcial esquerda (pólo inferior). RESULTADOS: Paciente com boa evolução no pós-operatório, recebendo alta no 3º dia, com resolução completa dos cálculos, boa função renal e ausência de crises álgicas ou infecção. CONCLUSÃO: O acesso trans-peritoneal videolaparoscópico ao sistema coletor, para realização de nefrolitotripsia, se apresenta como uma alternativa para o tratamento do cálculo coraliforme em casos selecionados.

Apresentação: Poster

234 - CORREÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA DE FÍSTULA VÉSICO-VAGINAL RELATO DE 3 CASOS

FERNANDO MEYER; ALEXANDRE CAVALHEIRO CAVALLI; FRANCISCO OTÁVIO LORASCHI; JULIANO DUQUE SCHEFFER; LEANDRO SOUZA ARAÚJO; NICOLAS ALMEIDA LEAL DA SILVA; ROBERTO EMÍLIO MANKE

RESUMO

INTRODUÇÃO: Atualmente, considera-se o aumento da incidência das fístulas vésico-vaginais proporcional ao aumento do número de cirurgias ginecológicas e obstétricas. O diagnóstico é confirmado através de exames de imagem (cistografia e cistoscopia) que demonstram o trajeto fistuloso entre a bexiga e vagina. O tratamento inicial pode ser conservador ou cirúrgico. Remissão espontânea é relatada em apenas 5% dos casos. **OBJETIVO:** Relatar três casos de correção cirúrgica de fístula vésico-vaginal com acesso laparoscópico. **PACIENTES E MÉTODO:** Três pacientes com média de idade de 37 anos, com quadro de perda urinária via vaginal constante, com histórico de histerectomia recente. Ao exame contrastado, trajeto fistuloso entre bexiga e a vagina, sem envolvimento ureteral nos três casos. A cistoscopia confirmou presença de fístula supra-trigonal. Submetidas a tratamento cirúrgico com acesso laparoscópico transperitoneal, identificação e correção da fístula com sutura em dois planos e interposição de epíplon. Sem necessidade de drenagem. Tempo cirúrgico médio de 3 horas. **RESULTADOS:** Procedimento cirúrgico sem intercorrências. Pacientes apresentaram boa evolução pós-operatória, com condições de alta no segundo dia de pós-operatório. Permaneceram em uso de sonda 10 dias. Sem repercussões no seguimento ambulatorial.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

235 - NEFRECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM DOADOR COM PEDÍCULO RENAL COMPLEXO

FERNANDO MEYER; FRANCISCO OTÁVIO LORASCHI; JULIANO DUQUE SCHEFFER; LEANDRO SOUSA ARAÚJO; NICOLAS ALMEIDA LEAL DA SILVA; ROBERTO EMÍLIO MANKE; LUCAS HOSKEN LANDI

RESUMO

INTRODUÇÃO: Por razões técnicas e anatômicas, muitos centros de transplante consideram o pedículo renal complexo um fator impeditivo para a técnica laparoscópica em cirurgia de doador renal vivo. Isso porque a dissecação e o controle de hemostasia dos vasos renais é uma etapa crítica dentro do procedimento. Com a evolução do material disponível dentro do arsenal cirúrgico, atualmente o que tem se observado é a comprovação da segurança e o consequente aumento do número de procedimentos laparoscópicos nessa situação. **OBJETIVO:** Apresentar um caso de nefrectomia videolaparoscópica em doador vivo com pedículo renal complexo. **MÉTODOS:** Paciente masculino, 58 anos, doador renal, cuja Angio-tomografia computadorizada demonstrou

3 artérias renais à direita e 2 artérias renais à esquerda optando-se por nefrectomia videolaparoscópica à esquerda. Durante o procedimento apresentou hemorragia originada em veia lombar, controlada por via laparoscópica, com bom resultado, não impedindo a captação do órgão por via videolaparoscópica. **RESULTADOS:** Tempo cirúrgico de 2 horas com sangramento de 150 ml e alta no 2º pós operatório. **CONCLUSÃO:** A presença do pedículo renal complexo, apesar de oferecer uma dificuldade técnica maior, não inviabiliza a realização da nefrectomia em doador vivo por via videolaparoscópica.

Apresentação: Poster

236 - NEFRECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA PARA AUTOTRANSPLANTE EM PACIENTE COM ANEURISMA DE ARTÉRIA RENAL

FERNANDO MEYER; PAULO CAMARGO; ZILIANE MARTINS; FRANCISCO OTÁVIO LORASCHI; JULIANO DUQUE SCHEFFER; LEANDRO SOUZA ARAÚJO; NICOLAS ALMEIDA LEAL DA SILVA

RESUMO

INTRODUÇÃO: Uma das causas de hipertensão secundária é a presença de aneurisma da artéria renal. O seu tratamento é importante para controlar os níveis de pressão arterial e manter a função renal adequada. **OBJETIVO:** Relatar uma nefrectomia videolaparoscópica para auto-transplante em paciente com aneurisma de artéria renal direita. **MÉTODOS:** Paciente do sexo feminino, 58 anos de idade com hipertensão arterial secundária à aneurisma de artéria renal direita. Realizados nefrectomia videolaparoscópica à direita com tempo de isquemia quente de 8 minutos e isquemia fria de 1h e 57 min com 40 ml de sangramento; correção do aneurisma da artéria renal com cirurgia de banco e reimplante do órgão em fossa ilíaca direita, sendo o implante vascular nos vasos ilíacos e o implante ureteral através da técnica de Gregoir-Lich. **RESULTADOS:** Paciente permaneceu internada por 4 dias, com evolução pós operatória sem intercorrências. Realizado Eco-Doppler a qual demonstrou perfusão renal normal. Mantém acompanhamento ambulatorial sem complicações e com melhora dos níveis pressóricos. **CONCLUSÃO:** A nefrectomia videolaparoscópica para autotransplante é uma excelente alternativa, pois apresenta menor morbidade, menor tempo cirúrgico e retorno precoce às atividades laborais.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

237 - LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL VIDEOLAPAROSCÓPICA: ABORDAGEM PÓS QUIMIOTERAPIA DE METÁSTASE DE NEOPLASIA TESTICULAR

ELINEY FERREIRA FARIA; JOSÉ VIEIRA BARRETO JÚNIOR; DANIEL SEABRA; ROBERTO MACHADO; MARCELO BIANCO; BRENO DAUSTER; ROBERTO HELENO LOPES

RESUMO

INTRODUÇÃO: O tumor de testículo apresenta excelentes taxas de resposta com quimioterapia, porém em alguns casos não há redução satisfatória das massas extragonadais, o que pode significar a existência de tumor viável, teratoma ou mesmo fibrose. Muitas vezes a única maneira de se obter diagnóstico histológico e cura destas massas é através da ressecção cirúrgica. A Linfadenectomia Retroperitoneal Videolaparoscópica é uma técnica minimamente invasiva que oferece resultados oncológicos equivalentes aos da técnica aberta com menos morbidades para massas neste território. **VÍDEO:** Relatamos o caso do paciente

S.P.S., 24 anos, sexo masculino, submetido à orquiectomia radical esquerda no nosso serviço. O exame anátomo-patológico mostrou carcinoma embrionário + carcinoma do seio endodérmico. No estadiamento complementar a tomografia do abdome evidenciou massa retroperitoneal, para-aórtica de 9 cm de diâmetro. Foi submetido a tratamento quimioterápico com quatro ciclos de Bleomicina, Etoposide e Cisplatina (PEB). Na tomografia de controle após dois meses do término da quimioterapia ainda persistia com massa retroperitoneal, agora com 6 cm de diâmetro. Sendo assim, foi indicada a Linfadenectomia Retroperitoneal pela técnica videolaparoscópica, com introdução de 3 trocartes de 10 mm e 1 trocarte de 5 mm. O tempo cirúrgico foi de 260 minutos e o sangramento transoperatório foi de 40 ml. O paciente teve alta no 1º dia do pós-operatório, sem o dreno, e o exame histológico evidenciou um Teratoma. Ressaltamos que o nosso protocolo indica dieta hipolipídica 21 dias antes e 14 dias após a cirurgia como forma de minimizar a produção de linfa. O paciente evoluiu sem sinais de doença até o momento. **CONCLUSÃO:** A linfadenectomia retroperitoneal faz parte do arsenal terapêutico para tumores testiculares, porém a morbidade desta cirurgia quando realizada por via aberta ainda é grande. A Laparoscopia é uma alternativa interessante para massas residuais até II b reduzindo tempo de internação, uso de analgésicos, e retorno precoce as atividades, mas exige do cirurgião treinamento e experiência devido complexidade da técnica.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

238 - REIMPLANTE URETERAL LAPAROSCÓPICO SEGUNDO TÉCNICA DE LICH-GREGOIR ASSOCIADO A PSOAS-HITCH: REPRODUÇÃO DA TÉCNICA ABERTA

ROMOLO GUIDA; KARLO DANILSON MORAES SOUSA; RENATO VAIMBERG; JOAO ANTONIO PERREIRA CORREA; BRENO DAUSTER; FERNANDO VAZ

RESUMO

Este vídeo mostra a realização de um implante ureteral em uma paciente de 29 anos, com estenose do ureter distal devido a manipulação ureteroscópica prévia. Paciente apresentou quadro de dor lombar associado a febre, realizado tomografia computadorizada que revelou ureterhidronefrose a esquerda. História patológica progressiva teve manipulação ureteral para retirada de cálculo. Pielografia retrograda demonstrou estenose da porção distal do ureter. Implantado cateter duplo J. Passado 4 semanas foi realizado um implante ureteral por via videolaparoscópica segundo técnica de Lich-Gregoir associado a um psoas-Hitch. Este vídeo demonstra a fiel reprodução de todos os detalhes técnicos descritos para cirurgia aberta, além de exaltar que a via laparoscópica pode ser feita a baixo custo visto que não foram utilizados quaisquer materiais descartáveis.

Apresentação: Poster

239 - AVALIAÇÃO RETROSPECTIVA DAS CIRURGIAS VIDEO-LAPAROSCÓPICAS DOS SERVIÇOS DE UROLOGIA DO HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

RENATO VAIMBERG; KARLO DANILSON MORAES SOUSA; ROMOLO GUIDA; JOAO ANTONIO PERREIRA CORREA; BRENO DAUSTER; FERNANDO VAZ

RESUMO

INTRODUÇÃO: Nas últimas décadas é notável o avanço das cirurgias vídeo-laparoscópicas no meio urológico. As indicações cirúrgicas e o desenvolvimento do aparato tecnológico são crescentes

e as limitações para a realização do método são cada vez menores. Em nosso estudo avaliamos todos os procedimentos cirúrgicos vídeo-laparoscópicos realizados no serviço de Urologia do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (HSE-RJ) desde a implantação da técnica em nosso meio. **OBJETIVOS:** Avaliar de forma retrospectiva todos os procedimentos realizados no serviço de Urologia do HSE-RJ desde a implantação da técnica em nosso meio. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Através de revisão de prontuários médicos avaliamos as indicações cirúrgicas, tempo operatório, realização de hemotransfusão, resultado histopatológico e necessidade de conversão de todos os pacientes submetidos à cirurgia vídeo-laparoscópica no serviço de Urologia do HSE-RJ, considerando o sexo e idade dos mesmos, desde a implantação desta técnica operatória, em fevereiro de 2006, até dezembro de 2008. **RESULTADOS:** No período de fevereiro de 2006 a dezembro de 2008, foram realizadas 128 cirurgias vídeo-laparoscópicas, sendo 87 pacientes (68%) do sexo feminino e 42 (32%) do sexo masculino, com faixa etária entre 17 e 68 anos, no serviço de Urologia do HSE-RJ. As cirurgias corresponderam a nefrectomia total (35 pacientes – 27% dos casos), nefrectomia radical (27 pacientes – 21% dos casos), prostatectomia radical (21 pacientes – 16% dos casos), nefrectomia parcial (18 pacientes – 14% dos casos), pieloplastia (12 pacientes – 9% dos casos), exérese de cisto renal (7 pacientes – 6% dos casos), adrenalectomia (3 pacientes – 2% dos casos), correção de ureter retrocaval (1 paciente – 1% dos casos), orquiectomia abdominal (1 paciente – 1% dos casos), adrenalectomia (1 paciente – 1% dos casos), prostatectomia por HPB (1 paciente – 1% dos casos) e implante vésico-ureteral (1 paciente – 1% dos casos). O tempo operatório variou de 40 a 500 minutos. Houve necessidade de conversão para cirurgia convencional e hemotransfusão em 15% e 12% dos casos, respectivamente. Todos os resultados histopatológicos confirmaram as principais hipóteses diagnósticas. **CONCLUSÃO:** Assim como outros centros onde a cirurgia vídeo-laparoscópica foi implantada, observamos que, após curva de aprendizado inicial, o número de procedimentos por esta via de acesso vem se tornando cada vez mais frequente em nosso Serviço. Acreditamos que o método vídeo-laparoscópico é factível e que todos os urologistas devem buscar o aprimoramento constante, tornando a vídeo-laparoscopia uma ferramenta valiosa para melhoria da assistência ao paciente.

Apresentação: Poster

240 - IMPACTO DO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA (IMC) EM PACIENTES SUBMETIDOS A NEFRECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA

EDUARDO CAFÉ; ÉRICO NEPOMUCENO; MÁRCIO CAFÉ

RESUMO

INTRODUÇÃO: A obesidade é descrita na literatura como um potencial fator de risco para complicações em cirurgias videolaparoscópicas e está associada ao aumento do tempo operatório e à maior perda sanguínea. **MATERIAL E MÉTODOS:** Estudo prospectivo em pacientes portadores de câncer renal submetidos à nefrectomia radical laparoscópica, classificados em grupo A (IMC ≥ 25 , n=10) e grupo B (IMC < 25, n=10). Foram excluídos os pacientes com cirurgia abdominal prévia. Não houve diferença estatística significante entre os grupos no tocante à idade, ao sexo e ao estágio patológico. Todos os procedimentos foram realizados pela mesma equipe cirúrgica em uma única instituição hospitalar com instrumentais e grameadores laparoscópicos idênticos. As variáveis estudadas foram: o tempo operatório; taxa de complicações intra e pós-operatórias; índice de conversão para procedimento aberto; necessidade de hemotransfusão e; o tempo de internamento hospitalar. A análise estatística foi realizada pelo teste qui-quadrado. **RESULTADOS:** O tempo operatório foi maior nos pacientes obesos (208 versus 137 min) assim como o tempo de

internamento hospitalar (3,4 versus 2,3 dias) – $p < 0,05$. Quanto à taxa de conversão, à necessidade de hemotransusão e às complicações operatórias não houve diferença estatística entre os grupos estudados. **CONCLUSÃO:** Apesar do tempo operatório e de internamento hospitalar terem sido maiores nos pacientes com IMC superior a 25, a nefrectomia radical laparoscópica deve ser considerada uma opção segura nesse grupo de doentes.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

241 - NEFRECTOMIA LAPAROSCÓPICA PARA ONCOCITOMA RENAL GIGANTE

ANDRÉ VINICIUS DIAS AZEVEDO SOUZA; PAULA BAER LITOVCHENCO; LESSANDRO CURCIO GONÇALVES; RICARDO ZORRON

RESUMO

INTRODUÇÃO: O oncocitoma é um tumor cortical que responde a 3-7% das neoplasias renais, sendo mais comum em homens que em mulheres. Muitas vezes não se consegue, pelos métodos de imagem mais avançados, diferenciá-los dos tumores malignos de células claras. Mostramos um vídeo de uma nefrectomia radical e adrenalectomia laparoscópica esquerda realizado em um paciente com uma massa renal de 9,8cm que apesar do aspecto tomográfico de malignidade, esta era benigna. **RELATO DE CASO:** Mulher de 72 anos, com dor lombar de baixa intensidade que em avaliação ultrassonográfica revelou massa renal hiperecótica de 10cm no maior diâmetro. Foi realizado tomografia computadorizada onde apresentava realce de contraste, mostrando um parênquima renal quase ausente deste lado, com a veia cava inferior comprimida. O outro rim era normal. A Ressonância Magnética mostrava massa de 9,0x7,4x8,8cm com sinal heterogêneo em T2 e intermediário predominantemente em T1, cicatriz central, mas sugeria se tratar de carcinoma de células renais. Apresentava hipertensão leve e tinha cirurgia abdominal prévia (apendicectomia). A via transperitoneal foi utilizada, em detrimento da retroperitoneal, devido a volumosa massa tumoral. A artéria foi ligada com endloop e a veia com ENDOGIA® 35mm, sendo a drenalectomia realizada devido ao tamanho do tumor. A peça foi retirada com bag apropriado pela incisão infraumbilical prévia. Foi deixado dreno laminar e retirado em dois dias. A paciente começou a se alimentar no primeiro e teve alta no terceiro dia de pós-operatório. O resultado da análise histopatológica evidenciou oncocitoma de 9,8cm no maior diâmetro, adrenal normal, ausência de figuras de mitose e margens cirúrgicas negativas. **DISCUSSÃO:** As maiores séries apontam que apenas 20% dos pacientes com oncocitoma são sintomáticos. O diagnóstico diferencial histopatológico se faz com carcinoma de células claras cromofóbico, usando a imunohistoquímica com citoqueratina 7 para distingui-los. Em artigo de Gill e cols sobre nefrectomia radical para massas maiores que 7cm comparando com cirurgia aberta houve menor perda sanguínea, tempo de hospitalização e de complicações pós operatórias. Há na literatura uma concordância que os métodos de imagem atuais não conseguem diferenciar o carcinoma de células claras do oncocitoma (apenas 33% apresentam a cicatriz central característica), bem como há uma probabilidade de 10% de associação dos dois. Assim a conduta para suspeita de oncocitoma vale para a de adenocarcinoma.

Área: N.O.T.E.S

Apresentação: Poster

242 - NEFRECTOMIA RADICAL LESS (LAPAROENDOSCOPIC SINGLE SITE SURGERY) UMBILICAL EM SUÍNO - RELATO DE CASO

MAURÍCIO VELOSO BRUN; MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; LEANDRO TOTTI CAVAZZOLA; CLÁUDIO MIGUEL PINTO MORALES; GILVAN NEIVA FONSECA; MILTON TATSUO TANAKA; JOÃO PEDRO SCUSSEL FERANTI

RESUMO

LESS (Laparoendoscopic Single Site Surgery) é a terminologia utilizada para acessos cavitários vídeo-endoscópicos a partir de única incisão cutânea, utilizando-se ou não de dispositivos especiais. No presente relato é descrita a realização de uma nefrectomia radical videolaparoscópica em suíno a partir da utilização de três trocartes permanentes convencionais posicionados na região umbilical. Para tanto, foi utilizado um suíno de aproximadamente 30 kg, submetido à anestesia geral inalatória com isoflurano vaporizado em O₂ a 100%, após pré-medicação com a associação de sulfato de morfina com acepromazina e indução com propofol. Realizou-se incisão cutânea transversal sobre a cicatriz umbilical, de aproximadamente 3 cm. A partir da técnica aberta, foi posicionado um portal de 10 mm na linha média ventral, que permitiu a insuflação da cavidade com CO₂ até a pressão de 12 mmHg. Outros dois portais de 5 mm foram posicionados crânio-lateralmente ao primeiro, junto aos vértices da ferida. Sob visualização direta com o endoscópio de 10 mm e zero graus no animal em decúbito lateral direito, procedeu-se a dissecação do hilo renal esquerdo com pinça Maryland e tesoura Metzenbaum. Após o isolamento da artéria e veia renais, alterou-se o posicionamento da óptica, utilizando-se então um endoscópio de 5 mm e zero graus. Foram aplicados dois cliques hem-o-lock® na artéria e um na veia, ambos proximalmente aos grandes vasos. A hemorragia de retorno foi minimizada com o uso de um clipe de titânio para cada vaso, e o ureter foi obliterado com único clipe de titânio. O rim foi então dissecado da loja renal e colocado num saco para a extração de tecidos, sendo removido da cavidade pela ampliação de aproximadamente 1cm da ferida muscular, associada à maceração manual do órgão. A cirurgia durou aproximadamente 50 minutos, sem a ocorrência de complicação trans e pós-operatórias. Não houve hemorragia estimável, e após 14 dias da operação o animal apresentava ótimo estado clínico. A nefrectomia radical LESS umbilical com três portais é viável e adequada para suínos.

Apresentação: Poster

243 - NEFRECTOMIA RADICAL LESS (LAPAROENDOSCOPIC SINGLE SITE SURGERY) NA PAREDE ABDOMINAL LATERAL DE SUÍNO - RELATO DE CASO

MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; MAURÍCIO VELOSO BRUN; LEANDRO TOTTI CAVAZZOLA; CLÁUDIO MIGUEL PINTO MORALES; GILVAN NEIVA FONSECA; MILTON TATSUO TANAKA; MICHELLI WESTPHALATAÍDE

RESUMO

A denominação LESS (Laparoendoscopic Single Site Surgery) se refere ao conjunto procedimentos minimamente invasivos nos quais é utilizado único acesso cutâneo para a cirurgia cavitária. No presente trabalho, relata-se a realização de uma nefrectomia radical videolaparoscópica em suíno, a partir de três trocartes permanentes convencionais posicionados na região abdominal lateral direita. Um suína, que possuía massa corpórea de aproximadamente 30 kg, foi submetida à anestesia geral inalatória com isoflurano vaporizado em O₂ a 100%, após pré-medicação com sulfato de morfina associado à acepromazina e indução com propofol. A paciente foi posicionado em decúbito lateral esquerdo com um campo de pano enrolado sob o flanco. Realizou-se incisão cutânea transversal paralelamente à linha média ventral, lateralmente à cadeia mamária. Pela técnica aberta, foi posicionado um portal de 10 mm no ponto médio da incisão, e a cavidade foi insuflada com CO₂ até a pressão de 12 mmHg. Após ampla dis-

secação do tecido subcutâneo, outros dois portais (5 e 10mm) foram posicionados levemente laterais ao primeiro, sendo mantidos em mesmo eixo, um em cada extremidade da incisão. Sob visualização direta com endoscópio de 10 mm e zero grau, o hilo renal foi dissecado utilizando-se pinça Maryland, tesoura Metzenbaum e Ligasure®. Foram aplicadas três ligaduras intracorpóreas com fio de seda, abrangendo a artéria e a veia renal em conjunto. Após a dissecação do ureter, da fásia renal e do peritônio, o rim foi extirpado. A cirurgia durou aproximadamente 30 minutos, sem a ocorrência de complicação transoperatória ou hemorragia mensurável. Utilizou-se o mesmo animal para uma nefrectomia com o emprego do three-port no rim contra-lateral, motivo pelo qual a suína foi submetida à eutanásia ao final dos procedimentos. Conclui-se que a nefrectomia radical LESS lateral com três portais com ligadura intracorpórea é viável em suínos.

Apresentação: Poster

244 - NEFRECTOMIA TOTAL LESS (LAPAROENDOSCOPIC SINGLE SITE SURGERY) EM SUÍNO - RELATO DE CASO

CLÁUDIO MIGUEL PINTO MORALES; MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; MAURÍCIO VELOSO BRUN; GILVAN NEIVA FONSECA; MILTON TATSUO TANAKA; LEANDRO TOTTI CAVAZZOLA; ROGÉRIO LUZIARI GUEDES

RESUMO

O termo LESS (Laparoscopic Single Site Surgery) é usado para procedimentos videolaparoscópicos nos quais o acesso cavitário é obtido por única incisão cutânea, com a utilização ou não de dispositivos especiais. No presente caso, foi utilizado o dispositivo denominado Three-port, de fabricação da Advanced Surgical Concepts. Tal equipamento foi inicialmente empregado na Cleveland Clinic (Ohio, USA) pelo Dr. Inderbir Gill, e no presente estudo foi aplicado em uma suína com cerca de 30 Kg submetido à anestesia geral inalatória com Isoflurano vaporizado em O₂ 8322; a 100%, após pré-medicação com a associação de sulfato de morfina com acepromazina e indução com propofol. O dispositivo foi introduzido por uma incisão umbelical única de aproximadamente 5 cm. Após a insuflação da cavidade com CO₂ 8322; a uma pressão de 12 mmHg, foi introduzida a ótica de 10 mm e zero graus através da via de 10 mm do equipamento. Através das duas vias de 5 mm, foram introduzidas uma tesoura de Metzenbaum e uma pinça de Maryland. Dissecou-se o hilo renal com individualização da artéria e veia renal. Os vasos renais foram clipados proximalmente com cliques de polímero Hem-o-lock® e distalmente com cliques de titânio. Para a colocação destes, alterou-se a posição da ótica, posicionando-se um endoscópio de 5 mm na via anteriormente utilizada para a tesoura. Assim, foi possível introduzir os clipadores pela via de 10 mm. Anteriormente à sua secção, o ureter foi obliterado com clipe de titânio. Procedeu-se então a liberação do rim, ensacamento em saco extrator e morcelamento manual do mesmo. Retirou-se o three-port e após o rim ensacado, pela incisão única umbelical. A incisão foi ocluída nos seus planos anatômicos. A cirurgia durou aproximadamente 60 min, sem a ocorrência de complicações e ou hemorragia importante. Utilizou-se o mesmo animal para uma nefrectomia LESS com três portais no rim contra-lateral, motivo pelo qual a suína foi submetida à eutanásia ao final dos procedimentos. A nefrectomia LESS mostrou-se mostrou-se factível em suínos.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

245 - PADRONIZAÇÃO DA TÉCNICA DE COLECISTECTOMIA SINGLE-TROCAR SITRACC

JAMES SKINOVSKY; MARCOS VINICIUS DANTAS; DJALMA COELHO; MAURICIO CHIBATA; NESTOR SAUCEDO; PEDRO ROGÉRIO DE SÁ NEVES

RESUMO

INTRODUÇÃO: Na tentativa de se reduzir ao máximo a invasibilidade e o trauma operatório na videocirurgia, diversas tecnologias como o NOTES e o TUES (cirurgia por trocarte único) vêm se desenvolvendo, com um número exponencial de artigos lançando as mais diferenciadas técnicas e materiais. Neste estudo demonstramos, pela primeira vez, passo-a-passo, a técnica de colecistectomia por SITRACC (Single Trocar Access), Edlo, com dispositivo e pinças especialmente criados para a abordagem single port. **MATERIAIS E MÉTODOS:** A introdução do trocarte multicanal é realizada via supra-umbilical, com incisão arciforme, sob técnica aberta. O portal possui quatro entradas de 5mm, sendo que as pinças especialmente desenvolvidas são articuladas, com intuito de se evitar o choque entre as mesmas durante o procedimento. O portal possui ainda mecanismo de balão, o qual permite a insuflação e a fixação do mesmo na parede abdominal. O fundo da vesícula é tracionado com pinça de preensão flexível, o que permite o posicionamento ideal da mesma, sem a invasão no campo visual operatório. Outra pinça, agora articulada, é utilizada para preensão do infundíbulo. A dissecação é realizada também com pinça tipo Maryland com articulação distal de 90 graus. A clipagem do ducto cístico e artéria cística é realizada utilizando-se clipador de 5mm. A remoção da vesícula do leito hepático é efetivada com gancho articulado em sua extremidade distal e a retirada do órgão se faz pela incisão do portal, com fechamento da aponeurose e pele de maneira habitual. Neste vídeo a técnica é demonstrada passo-a-passo, com sobreposição de várias cirurgias. **DISCUSSÃO:** A busca por procedimentos cirúrgicos com o mínimo de cicatrizes e minimamente invasivos tem levado inúmeros cirurgiões a desenvolver novas tecnologias videocirúrgicas, dentre elas: NOTES e suas variantes e as cirurgias por trocarte único. As vantagens da abordagem single-port são o fato de a mesma se utilizar de um campo de visão similar aos dos procedimentos videolaparoscópicos padrões, utilizando igualmente materiais similares, com custo relativamente baixo, considerando-se tratar de uma nova tecnologia. Os poucos artigos disponíveis na literatura concluem que a tecnologia de cirurgia por trocarte único permite a realização da colecistectomia na maioria dos casos de colelitíase, com evidente resultado cosmético superior frente à colecistectomia laparoscópica standard. Para esta abordagem, foi criado o sistema SITRACC, Edlo, aqui demonstrado. **CONCLUSÃO:** A colecistectomia por trocarte único SITRACC é viável e segura, apresentando resultados iniciais satisfatórios, comparáveis aos da colecistectomia videolaparoscópica tradicional.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

246 - APENDICECTOMIA POR TROCARTE ÚNICO SITRACC - O PRIMEIRO CASO RELATADO

JAMES SKINOVSKY; MARCOS VINICIUS DANTAS; DJALMA COELHO; MAURICIO CHIBATA; FELIPE CAMARGO RIBEIRO; MARCELO SPIGOLON

RESUMO

INTRODUÇÃO: Desde que Kaloo reportou sua primeira experiência em NOTES, utilizando acesso transgástrico em modelo suíno, muitos cientistas ao redor do planeta tem procurado por novas tecnologias e abordagens no campo da videocirurgia. Devido às limitações do NOTES, tais como acesso, orientação, infecção e outros, a videocirurgia por trocarte único, também chamada TUES, parece ser excelente opção para execução da chamada cirurgia com mínima cicatriz (scarless surgery), alcançando todas as vantagens de um procedimento minimamente invasivo. Para este in-

tuito o sistema SITRACC, Edlo (Single Trocar Access) foi criado. Este estudo demonstra a primeira apendicectomia relatada utilizando-se o sistema SITRACC. **RELATO DE CASO:** Apresentamos o caso do paciente ELW, 27 anos, admitido no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Cruz Vermelha Brasileira, na cidade de Curitiba, PR, com quadro de dor em fossa ilíaca direita há 48h. Relatava ainda náuseas e vômitos no período. Ao exame físico, apresentava dor à palpação em fossa ilíaca direita, com sinais de irritação peritoneal local. Exames laboratoriais demonstravam leucocitose com desvio à esquerda. Foi submetido a ecografia abdominal, a qual demonstrou apêndice cecal com paredes espessadas e líquido periapendicular. Com diagnóstico de apendicite, o paciente foi então submetido à apendicectomia videolaparoscópica por trocarte único SITRACC, com incisão arciforme infraumbelical. Foi utilizado o protocolo aprovado na Comissão de Ética do Hospital, previamente à operação. O trocarte desenvolvido apresenta 04 canais de entrada para instrumental, todos com 5mm de diâmetro, sendo utilizada óptica 30 graus de 5 mmm e pinças articuladas, especialmente confeccionadas para este fim, facilitando o movimento das mesmas no interior da cavidade abdominal. No intraoperatório foi identificado quadro de apendicite aguda em fase serosa. Após dissecação do mesoapêndice, a artéria apendicular foi clipada duplamente com cliques LT 300; identificada então a base apendicular, a mesma foi laçada com endo-loop (fio catgut cromado 1) e a seguir clipada. O apêndice foi então removido pela mesma incisão do portal. O tempo cirúrgico foi de aproximadamente 70 minutos. O paciente apresentou alta cerca de 24 horas após a cirurgia, com mínimas queixas algicas e utilização de paracetamol somente. Os retornos ambulatoriais de 7 e 30 dias não demonstraram intercorrências dignas de nota. **DISCUSSÃO:** As vantagens da apendicectomia videolaparoscópica têm sido amplamente divulgadas no meio cirúrgico, como permitir a completa inspeção da cavidade e a consequente identificação de outros diagnósticos diferenciais. Em relação à técnica, na grande maioria dos casos utiliza-se ao menos 03 portais. O sistema SITRACC é uma nova opção de abordagem videocirúrgica. As vantagens da via única transumbelical são similares ao NOTES, como mínima reação dolorosa, reduzida agressão ao organismo, rápida recuperação e mínima cicatriz, muitas vezes imperceptível. **CONCLUSÃO:** A apendicectomia por trocarte único SITRACC é viável e segura. É ainda uma técnica a ser desenvolvida e explorada através de maiores séries de casos e protocolos de ensaios clínicos randomizados.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

247 - COLECISTECTOMIA POR TROCARTÉ ÚNICO - SITRACC: EXPERIÊNCIA INICIAL

MARCOS VINICIUS DANTAS; JAMES SKINOVSKY; DJALMA COELHO; MAURICIO CHIBATA; NESTOR SAUCEDO; ROGÉRIO CAVALLIERI;

RESUMO

INTRODUÇÃO: Desde a primeira experiência com cirurgia por orifícios naturais (NOTES), relatada por Kaloo, utilizando acesso transgástrico em modelo suíno, a procura por novas tecnologias e abordagens no campo da videocirurgia tem se intensificado. Devido às limitações do NOTES, tais como acesso, orientação, infecção e outros, a videocirurgia por trocarte único, também chamada TUES, parece ser excelente opção para execução da chamada cirurgia com mínima cicatriz (scarless surgery), alcançando todas as vantagens de um procedimento minimamente invasivo. Para este intuito, o sistema SITRACC, Edlo (Single Trocar Access) foi criado. Este estudo discorre sobre a primeira série relatada na literatura de colecistectomias utilizando-se o sistema SITRACC. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Após aprovação no Comitê de Ética do Hospital Universitário da Cruz Vermelha, em Curitiba, PR, no período de novembro de 2008 a janeiro de 2009,

21 pacientes foram submetidos à colecistectomia videolaparoscópica, por colelitíase sintomática, utilizando-se a tecnologia single-port SITRACC. Além do trocarte SITRACC multicanal, com 4 entradas para instrumental, foram utilizadas pinças articuladas especialmente desenvolvidas para esta abordagem e óptica 5 mm, com visão 30 graus. O trocarte único foi introduzido por técnica a céu aberto, em incisão arciforme supraumbelical. As colecistectomias foram efetivadas através da clássica técnica mista. **RESULTADOS:** Dos 21 pacientes submetidos ao novo procedimento, em 2 houve a necessidade de introdução de um trocarte extra e em 2 houve necessidade de conversão para videolaparoscopia tradicional (quatro portais). Não houve casos de conversão para cirurgia a céu aberto. Dos casos convertidos, 02 foram por dificuldade de dissecação no infundíbulo vesicular, por presença de colecistite aguda, 01 por falha no clipador de 5mm e 01 por dificuldade de acesso ao hilo, pelo fato da paciente apresentar obesidade importante. A idade dos pacientes variou de 22 a 65 anos e o tempo operatório médio foi de 75 minutos. Em todos os casos, a alta foi efetivada no primeiro dia de pós-operatório. As revisões de retorno não demonstraram nenhuma complicação digna de nota. **DISCUSSÃO:** A busca por procedimentos cirúrgicos cada vez mais minimamente invasivos e dentro do conceito da chamada scarless surgery, tem levado a corrida pelo desenvolvimento de novas tecnologias videocirúrgicas como NOTES e suas variantes e as operações por acesso único. As vantagens da via única transumbelical são similares ao NOTES, como mínima reação dolorosa, reduzido trauma operatório, rápida recuperação e usualmente cicatriz imperceptível. Além destas, este acesso utiliza campo de visão similar aos dos procedimentos videocirúrgicos regulares, além de matérias cirúrgicas similares, com custo relativamente baixo, considerando-se tratar de uma nova tecnologia. **CONCLUSÃO:** A colecistectomia single-port é um procedimento viável, seguro, com boa reprodutibilidade e que traz consigo as indubitáveis vantagens da cirurgia minimamente invasiva.

Apresentação: Poster

248 - COLECISTECTOMIA LESS (LAPAROENDOSCOPIC SINGLE SITE SURGERY) EM SUÍNO - RELATO DE CASO

LEANDRO TOTTI CAVAZZOLA; CLÁUDIO MORALES; MIRANDOLINO MARIANO; MAURÍCIO BRUN; MT TANAKA; GN FONSECA; FR SANTOS

RESUMO

A terminologia LESS (Laparoendoscopic Single Site Surgery) é empregada para videocirurgias nas quais o acesso cavitário é realizado através de única incisão cutânea. No presente relato foi realizada uma colecistectomia videolaparoscópica LESS por via umbelical, com a utilização de três trocateres permanentes, e de uma pinça de apreensão introduzida diretamente pela parede muscular sem cânula. Para tanto, foram utilizados dois suínos de aproximadamente 30 Kgs, mantidos sob anestesia geral inalatória com isoflurano vaporizado em O₂#8322; a 100%, após pré medicado com a associação de sulfato de morfina com acepromazina e indução com propofol. Através de uma incisão de aproximadamente 5 cm na cicatriz umbelical, pela técnica aberta foi introduzido um trocarte de 10 mm para a passagem do endoscópio de zero graus. Craniolateralmente e este foram introduzidos dois trocateres de 5 mm. Caudalmente à óptica, introduziu-se uma pinça de apreensão para o tracionamento do fundo da vesícula biliar. Com a cavidade insuflada a uma pressão de 12 mmHg, dissecou-se o pedículo e procedeu-se a hemostasia com a aplicação de cliques (um animal) ou por ligadura com nó intracorpóreo de fio de seda na artéria e ducto cístico isoladamente. Após a liberação da vesícula do leito hepático, a mesma foi retirada pelo orifício umbelical sem a utilização de saco extrator. Os procedimentos duraram cerca de 45 min, sem ocorrência de complicações transoperatórias e

sem sangramento importante. Um dos animais foi acompanhado por 14 dias, ocasião na qual se apresentava hígido ao exame clínico. O outro animal foi sacrificado após ter sido submetido à nefrectomia bilateral LESS após o término da colecistectomia. A videocolecistectomia LESS pela via umbilical com a utilização de três portais e pinça de apreensão introduzida diretamente pela parede muscular é factível e adequada em suínos.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

249 - ESTERILIZAÇÃO TUBÁRIA ENDOSCÓPICA TRANSVAGINAL

WILLIAM KONDO; ALCIDES JOSÉ BRANCO FILHO; RAFAEL WILLIAM NODA; ANÍBAL WOOD BRANCO; MARLON RANGEL; SATURNINO RIBEIRO DO NASCIMENTO NETO

RESUMO

A esterilização tubária é um dos procedimentos mais amplamente utilizados para a contracepção feminina. Pode ser realizado em associação com a gestação ou como um procedimento de intervalo (não relacionado ao período gravídico-puerperal). Este último pode ser realizado por laparotomia, laparoscopia ou histeroscopia. Comparado com a cirurgia aberta, a laparoscopia tem demonstrado alguns benefícios devido ao seu caráter minimamente invasivo, tais como melhor efeito cosmético, menor tempo de internamento, menor dor e retorno precoce ao trabalho e às atividades regulares. Avanços recentes na cirurgia laparoscópica têm sido direcionados à redução do número ou do tamanho dos portais ou mesmo a eliminação de incisões abdominais. Neste vídeo demonstramos a técnica de ligadura tubária endoscópica transvaginal na tentativa de minimizar a morbidade cirúrgica e oferecer uma alternativa técnica para a realização da esterilização feminina.

Apresentação: Poster

250 - PERCEPÇÃO DE PACIENTES E MÉDICAS DO HCTCO SOBRE O ACESSO TRANSVAGINAL EM NOTES

CAROLINA CHACON COSENTINO; JOÃO GUILHERME REIS MELO DE SOUZA; GISLAINE BIAZZATI; NOELY AMARA LOPES DIAS RIBEIRO; MARCOS FILGUEIRAS; RICARDO ZORRÓN

RESUMO

OBJETIVOS: A cirurgia realizada por orifícios naturais é um novo método com grande potencial terapêutico e diagnóstico. As vantagens desta nova técnica já foram observadas nos pacientes submetidos a este procedimento. Este estudo foi possível quantificar o grau de aceitação das pacientes internadas no HCTCO e das médicas sobre os conceitos de uma cirurgia sem cicatrizes e o acesso transvaginal em colecistectomias. **CASUÍSTICA E MÉTODOS:** Estudo transversal em que foi aplicada entrevista estruturada e padronizada para 30 mulheres, sendo 50% médicas e 50% pacientes colecistectomizadas. Onde as entrevistadas analisaram individual e gradual a importância de cada tema em questão, quantificando as perguntas de 0 a 10. Os itens contidos no instrumento estruturado foram devidamente explicados às pacientes, a fim de evitar erros de interpretação. Os termos científicos contidos na entrevista estruturada foram explicados às entrevistadas para que tivessem plena compreensão das perguntas. As entrevistadas foram informadas dos riscos da cirurgia por N.O.T.E.S. **RESULTADOS:** A maior aceitação do procedimento foi observada no grupo de pacientes colecistectomizadas com ensino superior completo/incompleto e 2º grau completo. Cerca de 70% considera importante o as-

pecto estético da cirurgia (incluindo pacientes e médicas.), em sua totalidade aprovam o conceito de uma cirurgia que não deixa cicatrizes abdominais (notas > 8), porém mudam de opinião, caso a cirurgia por orifícios naturais apresente maior risco de complicações (notas < 6). As médicas aprovam o conceito de uma cirurgia sem cicatrizes (notas > 7), entretanto, em sua maioria, não permitiriam que a cirurgia fosse realizada por via transvaginal nas mesmas. **CONCLUSÕES:** O estudo possibilita nortear o perfil das pacientes que apresenta maior aceitação da cirurgia por N.O.T.E.S. Podemos observar que a possibilidade de riscos ainda pouco conhecida deste tipo de cirurgia representa um entrave na aceitação das médicas em relação a este procedimento.

Apresentação: Poster

251 - OVÁRIO-HISTERECTOMIA EM CADELA POR LESS

MAURÍCIO VELOSO BRUN; MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; LEANDRO TOTTI CAVAZZOLA; MICHELLI WESTPHAL DE ATAÍDE; LUCAS MARQUES COLOMÉ; JOÃO PEDRO SCUSSEL FERANTI; FABIANE REGINATTO DOS SANTOS

RESUMO

O emprego de LESS (laparoendoscopic single-site surgery) vem crescendo em diferentes especialidades médicas, entretanto ainda são escassos os relatos envolvendo cirurgias dessa natureza em cães. O presente trabalho descreve o emprego do Triport™ (Advanced Surgical Concepts, Baton Rouge, LA) na realização de ovário-histerectomia (OSH) em uma cadela com pequena hérnia umbilical. A paciente de 6 Kg e três anos, foi submetida à anestesia geral inalatória, com respiração assistida, e posicionada em decúbito dorsal. Procedeu-se a incisão umbilical de aproximadamente 2,5 cm e remoção do conteúdo herniário (ligamento falciforme). O defeito da parede abdominal foi ampliado, obtendo-se uma ferida de aproximadamente 2 cm, através da qual foi posicionado o Triport™. O corno uterino esquerdo foi então fixado à parede abdominal ventral com sutura transparietal, e os vasos uterinos e o corpo do útero submetidos à hemostasia por eletrocirurgia bipolar. A partir da manobra de rotação do tórax com a fixação dos membros anteriores em conjunto na mesa operatória, os ligamentos suspensores foram rompidos, expondo os vasos ovarianos e os mesovários. Foram aplicadas duas suturas transparietais, uma em cada flanco, fixando temporariamente os ovários à parede abdominal. Tal procedimento facilitou a hemostasia dos mesovários e dos vasos ovarianos, obtidas por eletrocirurgia bipolar. Após a ruptura dos mesométrios, os tecidos extirpados foram removidos da cavidade em conjunto com o Triport™. A laparotomia e aproximação do tecido subcutâneo foram promovidas com poliglactina 910 2-0 em padrão de Sultan, enquanto a pele, em padrão interrompido simples, com náilon monofilamentar 5-0. A cirurgia foi completada em 81 min. sem a ocorrência de complicações trans-operatórias. Na avaliação macroscópica do útero, constatou-se aumento de volume do órgão e a presença moderada de líquido em seu interior. Conclui-se que a OSH em cadelas é factível por LESS utilizando o dispositivo supracitado.

Apresentação: Poster

252 - NOTES HÍBRIDA NA REALIZAÇÃO DE OVARIOSALPINGOHISTERECTOMIA EM 12 CADELAS

MAURÍCIO VELOSO BRUN; MARCO AUGUSTO MACHADO SILVA; MICHELLI WESTPHAL DE ATAÍDE; JOÃO PEDRO SCUSSEL FERANTI; FABIANE REGINATTO DOS SANTOS; LUCAS MARQUES COLOMÉ; ROGERIO LUIZARI GUEDES

RESUMO

NOTES refere-se à especificação "Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery", e inclui procedimentos cirúrgicos nos quais são utilizados orifícios naturais, com a associação (técnica híbrida) ou não do acesso laparoscópico. O presente trabalho relata 12 casos de OSH em cadelas por NOTES híbrida. Os animais (peso médio de 8,2±4,8 kg) foram sondados e posicionados em decúbito dorsal. Realizou-se quimioprofilaxia antimicrobiana e lavagem da mucosa vaginal com PVP-I a 0,1% (10 ml/kg). Um portal abdominal de 4 mm (em um animal) ou 5 mm foi introduzido na região umbilical, permitindo a insuflação e introdução de um trocar de 5 mm (quatro cadelas) ou 10 mm através da vagina, o qual serviu para a passagem dos instrumentos. Os pacientes foram posicionados em decúbito lateral pela rotação do flanco, rompendo-se o ligamento suspensor e promovendo a fixação do corno uterino com sutura transparietal. Procedeu-se a hemostaia do mesovário com clipe de titânio (cinco animais) ou eletrocirurgia bipolar. O útero e os seus vasos foram então tracionados através da ferida vaginal e ligados, de forma convencional, com duas suturas transfixantes cranialmente (três animais) ou caudalmente à ferida vaginal. As cirurgias foram realizadas em 74,6±35,9 min., sendo observadas como alterações trans ou pós-operatórias: enfisema subcutâneo (dois casos); hemorragia por lesão de ramo vascular presente no mesométrio (um animal), com hemostasia por compressão; pequena lesão superficial de baço, com hemostasia espontânea (uma cadela); hemorragia de retorno do mesovário (um animal); e hemorragia vaginal em duas cadelas. Naqueles pacientes nos quais a ligadura foi realizada caudalmente à ferida de acesso, não foram observadas hemorragias vaginais pós-operatórias. Em nenhum caso foi necessária hemoterapia, e todos os animais apresentaram excelente recuperação pós-operatória. Conclui-se que o procedimento proposto para a OSH é promissor, podendo ser utilizado com segurança em cadelas como substituto à OSH convencional ou laparoscópica.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

253 - COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA EM PORTA ÚNICA TRANSUMBILICAL

LETÍCIA PEREIRA MAGALHÃES; JEHOVAH GUIMARÃES TAVARES; FABIANO DE OLIVEIRA FERNANDES; LIVIA RODRIGUES DE AGUIAR; RENAM CATHARINA TINOCO; AUGUSTO CLÁUDIO TINOCO; THALES MACHADO LAUREANO

RESUMO

OBJETIVO: Relatar cinco casos de colecistectomia laparoscópica em porta única transumbilical e avaliar a sua efetividade e segurança. RELATO DE CASO: A.F.P., 41 anos, feminino, apresentando cólica biliar e diagnóstico de colecistolitíase. Exame físico e laboratorial sem alterações. Paciente posicionado em decúbito dorsal com o cirurgião à sua esquerda e o auxiliar à direita. É realizada uma incisão umbilical de 1,2 cm onde é instalado o pneumoperitônio. Nesta mesma incisão serão introduzidos, 3 trocarts de 5 mm. Os instrumentos são flexíveis e a ótica é de 5 mm. RESULTADOS: Não houve necessidade de conversão para via convencional ou laparoscópica. Os pacientes evoluíram bem, sem dor no pós-operatório, menor impacto das funções vitais, menor tempo de internação hospitalar e retorno mais rápido as atividades. CONCLUSÃO: O NOTES se mostrou eficaz e seguro, resultando em uma combinação de mínima invasão e estética satisfatória. As vantagens desta abordagem consistem em menos dor, mais rápida recuperação pós-operatória e melhor resultado cosmético, indicada nos pacientes portadores de colecistopatias calculosa menor que 2 cm.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

254 - ALTERNATIVE TECHNIQUES FOR CYSTIC DUCT CLOSURE FOR NOTES CHOLECYSTECTOMY IN HUMAN-VIDEO

ANA CAROLINA SOARES DE SÁ; LUCIANA SHIOTA CUNHA; MANOEL GALVÃO; ALMINO RAMOS; ALCIDES BRANCO; LUIS DECARLI; RICARDO ZORRON

RESUMO

OBJECTIVES: Clinical experience in transgastric and transvaginal Natural Orifice Surgery are growing in the literature, but there is still a lack of adequate and safe methods for cystic duct closure in human experience. In a video presentation, our research group describes different techniques developed and used in clinical series. METHODS: IRB approval was obtained at the institution for NOTES clinical trials. Techniques of cystic duct closure are presented in a series of 93 patients for cholelithiasis using transvaginal and transgastric NOTES access. The video portraits 1) the use of endoscopic clips in early series, 2) use of transvaginal laparoscopic clips, 3) transvaginal special clips, closure with endoloops, 4) the possibility of use of bipolar duct sealing and 5) clipation, or monopolar/bipolar coagulation of cystic artery are shown in several clinical sets. RESULTS: Alternative techniques for cystic duct and artery closure were effective, with low complications rate (7%) in clinical experience. CONCLUSIONS: Transvaginal and transgastric NOTES closure of gallbladder's duct, in an expressive clinical series, can be safely achieved with available technology.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

255 - N.O.T.E.S. TRANSVAGINAL CHOLECYSTECTOMY - COMPARATIVE CLINICAL STUDY WITH LAPAROSCOPY

RICARDO ZORRÓN; GAGNER, M.; GISLAINE BIAZZATI; DECARLI, L.; BRANCO, A.; CAROLINA CHACON COSENTINO; MARCOS FILGUEIRAS

RESUMO

OBJECTIVES: Clinical applications of Transvaginal NOTES are still limited in the literature. A preliminary comparison of the early results of NOTES with laparoscopy may show advantages and disadvantages of the methods. A prospective non-randomized study comparing clinical applications of the methods for non-complicated cholelithiasis is described. METHODS: IRB approval was obtained at the institution for transvaginal NOTES clinical trials, and informed consent was obtained. The technique of transvaginal NOTES cholecystectomy was clinically applied in 23 patients with symptomatic cholelithiasis (Group I), and laparoscopic cholecystectomy in 23 patients (Group II). Transvaginal NOTES access was obtained by direct vaginal incision, and an endoscope was introduced in the abdominal cavity. Dissection was accomplished with endoscopic instruments, and limited use of laparoscopy. Ligation of cystic duct and artery was done by endoscopic clips, endoclips, and endo-loops. Vaginal closure was performed using direct vision technique. Laparoscopic patients were submitted to standard technique using four trocars. RESULTS: Mean operative time for Group I was 125 min, and 97 min for Group II. Mean operative blood loss was estimated of 60ml for Group I and 25ml for group II. Mean abdominal CO2 pressure was 13mmHg for laparoscopic patients, instead of mean 8mmHg for NOTES. Oral intake has began on the next day for NOTES patients, which were dismissed on the third postoperative day because of study protocol. Postoperative analgesia was needed in only 10 NOTES patients, and one patient claimed of vaginal discomfort. There were no postoperative complications on both groups.

CONCLUSIONS: Transvaginal NOTES is a feasible and safe alternative method for cholecystectomy, with similar results in this preliminary clinical experience.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

256 - TOTALLY N.O.T.E.S. TRANSVAGINAL CHOLECYSTECTOMY - NEW VAGINAL PORT ALLOWS TRUE NOTES

RICARDO ZORRÓN; CAROLINA CHACON COSENTINO; GISLAINE BIAZATTI; MANOEL POMBO; EDUARDO KANAAN; MARCOS FILGUEIRAS; LÍCIA LEMGRUBER COELHO PORTO

RESUMO

OBJECTIVES: Transvaginal NOTES is a new diagnostic and potentially therapeutic method of surgical endoscopy, and clinical experience is still limited. A new Transvaginal Access Platform was specially designed for natural orifice surgery in our Institution. A preliminary clinical experience with a new vaginal port for NOTES transvaginal cholecystectomy is described, in a series of 23 patients. METHODS: IRB approval was obtained at the institution for transvaginal NOTES clinical trials. This technique of transvaginal NOTES cholecystectomy was clinically applied in 23 patients with symptomatic cholelithiasis. Transvaginal NOTES access was obtained with an open posterior colpotomy after CO₂ insufflation. The Double Channel Colonoscope FUJINON 440 was introduced in the abdominal cavity transvaginally through the vaginal access platform, allowing also the use of semiflexible instruments transvaginally for retraction and clipping. There was mainly endoscopic dissection. If laparoscopic assistance was used, the choice was umbilical punctures for use of 3mm laparoscopic equipment. The posterior colpotomy was closed with chromic sutures. RESULTS: Operative time ranged from 50 to 260 minutes. Operative bleeding was a mean of less than 50ml. Intraabdominal pressure ranged from 6 to 14mmHg. There was a need for laparoscopic trocar in 12 patients for retraction, insufflation or ligature. The patients recovered well postoperatively, oral intake has began on the next day. Postoperative complications were limited to minor ones, related to vaginal discomfort. CONCLUSIONS: Transvaginal NOTES is a feasible and safe alternative method for cholecystectomy using the new access device in this preliminary clinical experience. Although available technology is still limited for natural orifice surgery, laparoscopic assistance is desirable for safer and faster procedures.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

257 - NOTES RETROPERITONEOSCOPY FOR ADRENAL AND RENAL SURGERY

GISLAINE BIAZATTI; DIANA BRAZIELLAS JUSTINIANO; RICARDO ZORRON; FANG H; LACERDA A; SOLDAN M

RESUMO

OBJECTIVES: Retroperitoneal and transabdominal laparoscopic access to retroperitoneal organs became the golden standard for treatment of adrenal and renal disease. The possibilities of a NOTES-oriented access to diagnose and perform retroperitoneal surgery are developing in our Institution, allowing a less invasive approach. METHODS: The technique using percutaneous flexible surgical endoscopy are applied to perform retroperitoneal access and approaching to adrenal glands and kidneys, allowing resection, diagnosis and biopsy, based on experimental background in NOTES. The video shows technical solutions for reducing difficulties for retroperitoneal percutaneous access, including developing for multitalented overtubes, practical endo-loops and lower costs for

advanced procedures. The methods utilized on the animals of the study conform to the July 2000 revision of Guiding Principles in the Care and Use of Animals (American Physiological Society), and animals were sacrificed at the end of the study. RESULTS: Initial experience with flexible endoscopic retroperitoneal surgery in a porcine model showed feasibility of the access, but adequate instruments and more standard procedures are to be developed. The procedures as retroperitoneoscopy, adrenalectomy, and renal biopsy and resection were performed using available flexible instruments. Learning curve for the techniques described may took longer than with standard technologies. CONCLUSIONS: Available flexible endoscopic technology allows limited retroperitoneal therapeutic procedures. The concept of Retroperitoneal NOTES techniques are feasible, and available, but more studies are needed to justify its spreading use and to establish its therapeutic indications in clinical practice.

**Área:
TRAUMA**

Apresentação: Poster

258 - REVISÃO DE CONDUTAS NO TRAUMA PENETRANTE DA ARTÉRIA AXILAR

LEANDRO AVELAR VAZ RESENDE

RESUMO

INTRODUÇÃO: O trauma vascular do segmento áxilo-subclávio associa-se com uma alta incidência de morbidade pré e intra-hospitalar justificando-se pela associação na maioria das vezes com trauma proximal dos vasos subclávios, trauma de tórax, lesão de plexo braquial e a complexidade de acesso vascular das lesões. OBJETIVOS: Revisar a literatura especializada, analisando o trauma penetrante da artéria axilar e discutir as diferentes condutas realizadas na fase aguda. MÉTODO: Os principais livros-texto referentes à cirurgia do trauma e cirurgia vascular em nosso meio, além dos diversos trabalhos publicados foram consultados, comparando as diversas condutas explicitadas e analisando as possibilidades aplicáveis a cada paciente. DISCUSSÃO: A complexidade funcional dos membros superiores (MMSS) é acompanhada também pela complexidade anatômica. A precocidade no diagnóstico dos traumas é valiosa devido ao aumento da morbidade no tratamento das lesões ocultas, levando em consideração que a história clínica é essencial para avaliação da gravidade. Entretanto em até 40% dos pacientes com trauma da artéria axilar há a presença de pulsos distais palpáveis, mostrando que o exame físico não é fidedigno. O primeiro exame não invasivo a ser realizado é o Doppler linear que determina a pressão. O mapeamento dúplex possui alta sensibilidade, especificidade e precisão. A indicação da arteriografia deve ser feita de forma criteriosa, pois trata-se de um método invasivo e pode apresentar resultado falso-positivo, quando realizada indiscriminadamente. Na grande maioria, apenas uma incisão supra e/ou infraclavicular é necessário para a abordagem da artéria axilar, e de acordo com o tamanho da lesão, o controle proximal da artéria subclávia também se torna necessário. A freqüente associação com lesões venosas e linfáticas, trauma de partes moles e lesões neurológicas, são fatores que tornam o tratamento mais complexo; e devem ser abordados, visto que estão presente em 50% dos casos de traumatismo dos MMSS. As lesões que são determinadas como mínimas não necessitam de tratamento cirúrgico, diversos autores recomendam a observação de lesões arteriais isoladas em pacientes assintomáticos. Já a ligadura simples da artéria subclávia ou axilar deve ser realizado somente nos casos em que a instabilidade hemodinâmica ou a presença de lesões concomitantes, impeçam a revascularização. É consenso que a maioria dos ferimentos complexos requer a reconstrução com en-

xerto. Diversas lesões traumáticas podem se corrigidas por técnicas endovasculares. Todavia, o tratamento endovascular do trauma em tais artérias tem um resultado pior. Atualmente com técnicas minimamente invasivas, pode-se corrigir lesões agudas ou crônicas, evitando uma cirurgia. **CONCLUSÃO:** O tratamento das lesões vasculares traumáticas causadas por projétil de arma de fogo é essencialmente cirúrgico, mas deve ser individualizado, levando-se em consideração as possibilidades aplicáveis a cada paciente. É necessário adquirir experiência com o tratamento endovascular das lesões vasculares traumáticas para validar sua eficácia em longo prazo.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

259 - TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DE LESÃO VESICAL INTRAPERITONEAL POR TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO

GUILHERME AUGUSTO ALVES DO CARMO; PEDRO ROMANELLI; RICARDO HISSASHI NISHIMOTO; MÁRCIA CRISTINA BRUGNARA; CAROLINA REIS DE SOUZA MAIA; IGOR CÉSAR DUTRA DE SOUSA;

RESUMO

Traumatismo vesical é uma ocorrência incomum nos traumas abdominais contusos. A localização da bexiga dentro da pelve promove proteção relativa às lesões traumáticas. Entretanto, repleção vesical ou fratura pélvica são elementos que predispõem a ocorrência de lesão vesical. Apresentamos vídeo de paciente de 47 anos, sexo masculino, vítima de trauma automobilístico com contusão abdominal de 12 horas de evolução. Encontrava-se estável hemodinamicamente, com defesa involuntária em região suprapúbica e sem diurese desde o trauma. Sondagem vesical evidenciou urina hematúrica, tomografia computadorizada de abdome visualizou grande quantidade de líquido em cavidade abdominal e espessamento de parede súpero-lateral direita da bexiga. Devido à suspeita de lesão vesical, paciente submetido à cistografia que evidenciou extravasamento de contraste em cavidade abdominal. Optado por tratamento cirúrgico pelo acesso laparoscópico de lesão intraperitoneal de bexiga. Em posição de Trendelenburg moderado, inserido trocar de hasson infra-umbilical por técnica aberta. Realizado pneumoperitônio e passagem da câmera por esse portal. Inseridos trocar de 10mm entre a cicatriz umbilical e crista ilíaca ântero-superior direita e trocar de 5 mm entre cicatriz umbilical e crista ilíaca ântero-superior esquerda sob visão. Videolaparoscopia visualizou grande quantidade de líquido na pelve e lesão vesical de parede súpero-lateral direita. Demais vísceras abdominais estavam intactas. Lesão rafiada com vicryl 3-0 em 2 planos com pontos contínuos. Fechamento testado com introdução de 250 mL de soro fisiológico pela sonda vesical de demora, sem extravasamento. Posicionado dreno de Portovac pélvico e mantida a sonda vesical de demora. Tempo cirúrgico de aproximadamente 90 minutos. Paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório. Dreno de Portovac retirado no 3º dia de pós-operatório, após drenagem de menos de 50 mL/12 horas e alta hospitalar no 4º dia de pós operatório. Feita nova cistografia no 8º DPO, que não evidenciou extravasamento de contraste. Sonda vesical de demora retirada nesse dia sem intercorrências. Cicatriz cirúrgica reduzida e de aspecto satisfatório.

Apresentação: Poster

260 - MANEJO LAPAROSCÓPICO DE RUPTURA VESICAL POR TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO

GUILHERME AUGUSTO ALVES DO CARMO; PEDRO ROMANELLI; RICARDO HISSASHI NISHIMOTO; CAROLINA REIS DE SOUZA MAIA; IGOR CÉSAR DUTRA DE SOUSA

RESUMO

Traumatismo vesical é uma ocorrência incomum nos traumas abdominais contusos. A localização da bexiga dentro da pelve promove proteção relativa às lesões traumáticas. Entretanto, repleção vesical ou fratura pélvica tornam mais factível a ocorrência de lesões. Sabe-se que a bexiga tem sua superfície posterior e a cúpula recobertas pelo peritônio. Dessa forma, a ruptura vesical pode ser extra ou intra-peritoneal. No primeiro caso, o tratamento geralmente é realizado, de forma segura e efetiva, com drenagem vesical, através de sondagem vesical de demora ou cistostomia. No segundo caso, o tratamento proposto convencionalmente é cirúrgico, com rafia da parede vesical por acesso laparotômico. Videolaparoscopia diagnóstica e terapêutica vem ganhando espaço no trauma. Atualmente, diversos centros de trauma no Brasil e no mundo utilizam a técnica no trauma abdominal. A videolaparoscopia não modificou a abordagem inicial do tratamento politraumatizado, mas evitou que pacientes fossem submetidos a laparotomias desnecessárias. Uma revisão de 1900 pacientes politraumatizados submetidos à laparoscopia evidenciou que foi evitada laparotomia em 63% dos casos. Os primeiros a usar a laparoscopia no trauma foram Gazzaniga e Carnevale. O método, porém, deve ser restrito a casos selecionados. Nesses casos, existem vantagens da técnica em relação à laparotomia como a diminuição da morbi-mortalidade pós operatória, diminuição do tempo de internação, diminuição do número de laparotomias negativas e não terapêuticas, melhor visualização da cavidade peritoneal, menor sangramento e melhor efeito estético. Em 1994, Parra relatou o primeiro caso de reparo de ruptura vesical por laparoscopia. A partir daí, muitos relatos de caso vem demonstrando a viabilidade dessa técnica, desde que haja rigorosos critérios de seleção e profissionais experientes.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

261 - TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO NO TRAUMA ABDOMINAL FECHADO

LETÍCIA M. MAGALHÃES; RENAM C. TINOCO; AUGUSTO CLAUDIO A. TINOCO; MARLLUS BRAGA SOARES; RICARDO BRASIL M. NUNES; RODRIGO DA COSTA AMIL; LUIZ GUSTAVO TINOCO

RESUMO

A abordagem cirúrgica nos traumatismos abdominais fechados sofreu grandes mudanças na virada do século. A videolaparoscopia e o tratamento conservador dos traumas ganharam espaço importante na abordagem desses pacientes. Serviços especializados em videolaparoscopia avançada conseguem tratar algumas lesões com a mesma segurança da via aberta, reduzindo a morbidade e o tempo de internação. O grande desafio no setor de emergência é poder tratar conservadoramente o trauma abdominal fechado baseado num bom protocolo pré-estabelecido, não hesitar em indicar uma laparotomia e poder utilizar a via laparoscópica em casos bem selecionados. Neste vídeo, vimos apresentar três casos de trauma abdominal fechado. Um de lesão traumática diafragmática, um de lesão traumática de bexiga intraperitoneal e outro de lesão traumática esplênica, onde todas as lesões foram reparadas por videolaparoscopia. Concluímos que a videolaparoscopia é um tratamento seguro e eficaz, em casos selecionados, naqueles pacientes que se encontram hemodinamicamente estáveis após trauma abdominal fechado.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

262 - AVALIAÇÃO PROSPECTIVA DO USO DA VIDEOCIRURGIA (LAPAROSCOPIA/TORACOSCOPIA) NO TRAUMA TORACOABDOMINAL E NAS LESÕES DIAFRAGMÁTICAS

BRUBO VAZ DE MELO; ALEXANDER MAGNO CORRDEIRO; PAULO SILVEIRA; LUCIANA FLACH; EDUARDO KANAAN

RESUMO

INTRODUÇÃO: O uso da Videocirurgia (Laparoscopia/Toracoscopia) em Trauma vem crescendo muito nos últimos anos. Há 18 meses foi criado O Grupo de Cirurgia do Trauma (GCT) no HMLJ que passou a acompanhar os pacientes vítimas de trauma realizando neste período 7 procedimentos de Videocirurgia nos traumas penetrantes toracoabdominal. **OBJETIVO:** Avaliar a experiência inicial do GCT no uso da Videocirurgia nos pacientes vítimas de Trauma penetrante na região Toracoabdominal. **MÉTODOS:** Análise prospectiva dos pacientes submetidos ao procedimento de Videocirurgia. Todos os pacientes apresentavam estabilidade hemodinâmica. Foi avaliado os aspectos: Indicações, Eficácia do Procedimento, Taxa de Conversão, tipo de lesões (principalmente na avaliação da lesão diafragmática) Complicações e Mortalidade relacionada ao método. **RESULTADOS:** Neste período (18 meses) foram acompanhados 266 pacientes vítimas de trauma. Destes, 36 pacientes apresentavam trauma na região Toracoabdominal, sendo 25 lesões penetrantes. A videocirurgia foi utilizada em 7 pacientes. 2 procedimentos laparoscópicos e 5 procedimentos por Toracoscopia. A grande maioria dos outros pacientes foram tratados por laparotomia. Na Videocirurgia a lesão de diafragma foi identificada em 5 pacientes (4 tratadas por videocirurgia). Conversão foi realizada em 2 pacientes (1 laparotomia, 1 Toracotomia). Não houveram complicações e mortalidades relacionados a Videocirurgia. **CONCLUSÃO:** Apesar da pequena série de pacientes, a videocirurgia (Laparoscopia/Toracoscopia) no Trauma parece ser um procedimento seguro e factível. Houve uma incidência alta de lesão diafragmática (70%) e complicações e mortalidades nulas relacionadas ao método.

Apresentação: Tema e Vídeo livre

263 - O USO DA VIDEOLAPAROSCOPIA NO MANEJO DO PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA

MIGUEL PRESTES NÁCUL; JOSÉ GUSTAVO OLIJNYK; FABRÍCIO LUÍS SAVEGNAGO; OTÁVIO CUNHA; GUILHERME BEHREND SILVA RIBEIRO; LAURA MOSCHETTI

RESUMO

OBJETIVOS: Avaliar a utilização da videolaparoscopia no manejo do paciente vítima de trauma através de série de casos atendidos pelo Serviço de Cirurgia do Trauma do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre (HPS). **MÉTODO:** Foram analisados retrospectivamente 177 prontuários médicos e descrições cirúrgicas de pacientes vítimas de Trauma submetidos à videolaparoscopia no HPS, durante o período de outubro de 1997 a setembro de 2008. **RESULTADOS:** Dos 177 pacientes, 159 (89,8%) sofreram trauma abdominal penetrante (TAP) e 18 (10,2%) trauma abdominal contuso (TAC). A idade média foi de 26,5 anos e os homens corresponderam a 87% dos casos. Nos TAP, a VLP foi indicada nos casos de FAB (responsável por 77,4% dos TAP) quando havia penetração duvidosa, lesão em transição toracoabdominal ou indicação duvidosa de laparotomia; nos casos de FAF (responsável por 22,6% dos TAP), as indicações foram trajeto tangencial e casos selecionados de lesão em transição toracoabdominal. Nos TAP, a região mais lesada foi o abdome superior, com 36,3% dos casos. Os tempos cirúrgicos médios nas VLP por FAB e FAF foram, respectivamente, 75 e 87min. A VLP foi terapêutica em aproximadamente 20% dos casos de TAP, e evitou a laparotomia em aprox. 70% dos casos. O tempo médio de internação foi em torno de 4 dias. Complicações maiores incluíram um choque hemorrágico por lesão de veia íliaca comum não diagnosticada à VLP e um caso de óbito no grupo dos FAF que evoluiu com BCP e reintervenção. Nos TAC, o acidente automobilístico foi o principal agente, seguido da agressão interpessoal. As lesões localizaram-se em 76% dos casos difusamente no abdome anterior. A VLP foi indicada nos pacientes hemodinamicamente estáveis com exames de imagem evidenciando líquido livre sem lesão de víscera sólida. Nas VLP por TAC, os principais achados transoperatórios foram hemoperitônio (61,1%), lesão esplênica (27,8%), hepática (22,2%) e de intestino delgado (22,2%). A VLP foi diagnóstica em 8 e terapêutica em 2 pacientes, evitando laparotomia em 8. O tempo cirúrgico médio foi 95min. O tempo médio de internação foi de 7 dias. Não houve nenhum óbito. **CONCLUSÃO:** A VLP mostrou ser um método diagnóstico e terapêutico eficaz. Mais de 50% dos pacientes se beneficiaram da não realização de laparotomia. Seu uso exige instrumental adequado e equipe com experiência em cirurgia do Trauma que possua formação em videolaparoscopia, devendo ser realizado em Serviços estruturados para tratamento de tais pacientes.