



Brazilian Journal of Videoendoscopic Surgery

12º Congresso Regional de VIDEOCIRURGIA

Búzios - Rio de Janeiro - BRASIL
18 a 21 de maio de 2011
Atlântico Búzios Resort

Year 4

Vol. 4
Supl. Number 1



Executive Board of Directors
SOBRACIL - TRIÊNIO 2010-2012

President
ANTONIO BISPO SANTOS JUNIOR

1st Vice-President
FABIO GUILERME C.M. DE CAMPOS

2nd Vice-President
HOMERO LEAL DE MEIRELES JUNIOR

General Secretary
CARLOS EDUARDO DOMENE

Assistant Secretary
RENATO LAERCIO TEIXEIRA DOS SANTOS

Treasurer
SALVADOR PITCHON

Assistant Treasurer
GUILERME XAVIER JACCOUD

North Region Vice-President
MARIO RUBENS MACEDO VIANNA

Northeast Region Vice-President
ANDRE LUIS BARBOSA ROMEO

West-Central Region Vice-President
RITA DE CASSIA S. DA SILVA TAVARES

Southeast Region Vice-President
EDSON RICARDO LOUREIRO

South Region Vice-President
ARTHUR PACHECO SEABRA

Fiscal Council
JOSE LUIS DESOUZA VARELA
MARCUS VINICIUS DANTAS C. MARTINS
PAULO CESAR GALVÃO DO AMARAL

Total or partial reproduction of this publication is prohibited. Copyright reserved.

Brazilian Journal of Videoendoscopic Surgery
Periodicity: Trimestral
Circulation: 3.500 exemplares
Free Distribution to:
SOBRACIL Associate Members

Subscription and Contact:

revista@sobracil.org.br

ISSN 1983-9901 (press) / 1983-991X (on-line)
Electronic version at:
www.sobracil.org.br

Brazilian Journal of Videoendoscopic Surgery

December 2011

Official Journal of the Brazilian Society of Videosurgery

EDITOR-IN-CHIEF

Marco Aurelio Pinho de Oliveira (RJ)

TECHNIQUE EDITOR

Raphael Camara Medeiros Parente (RJ)

ASSISTANT EDITORS

Mirandolino Batista Mariano (RS)
Marcus Vinicius de Campos Martins (RJ)
Sérgio Eduardo Araújo (SP)

ASSOCIATE EDITORS OF SPECIALITIES

General Surgery - Miguel Prestes Nacul (RS)
Gynecology - Paulo Augusto Ayroza Galvão Ribeiro (SP)
Coloproctology - Fábio Guilherme Campos (SP)
Bariatric Surgery - Sérgio Santoro Santos Pereira (SP)
Urology - Mauricio Rubinstein (RJ)
Thoracic Surgery - Rui Haddad (RJ)

NATIONAL EDITORIAL BOARD

Alexander Morrell (SP), Alexandre Miranda Duarte (RJ), Antônio Pádua (AL),
Áureo Ludovico de Paula (GO), Celso Luiz Empinotti (SC), Cláudia Márcia S.
Escáfura Ramalho (RJ), Cláudio Bresciani (SP), Cláudio Peixoto Crisipi (RJ), Daltro
Ibiapina Oliveira (RJ), Delta Madureira Filho (RJ), Edna Delabio Ferraz (RJ), Edvaldo
Fahel (BA), Elizabeth Gomes dos Santos (RJ), Fábio Araújo (PA), Fabrício Carreterre
(RJ), Francisco Altenburg (SC), Francisco Sérgio Pinheiro Regadas (CE), Homero
Leal Meirelles Júnior (RJ), João Batista Marchesini (PR), João de Aguiar Pupo Neto
(RJ), Jorge de Vasconcelos Safe Júnior (MG), José de Ribamar Sabóia de Azevedo
(RJ), Luis Cláudio Pandini (SP), Luiz Augusto Henrique Melki (RJ), Luiz Carlos Losso
(SP), Lutegarde Vieira Freitas (RJ), Marco Antonio Cezário de Melo (PE), Marcos
Bettini Pitombo (RJ), Marcos Leão de Paula Vilas-Boas (BA), Maria Cristina Araujo
Maya (RJ), Mario Ribeiro (MG), Nelson Ary Brandalise (SP), Osório Miguel Parra
(RS), Paulo Cezar Galvão do Amaral (BA), Paulo Roberto Cará (RS), Paulo Roberto
Savassi Rocha (MG), Renan Catharina Tinoco (RJ), Ricardo Bassil Lasmar (RJ),
Ricardo Zorron (RJ), Roberto Saad Junior (SP), Ronaldo Damião (RJ), Sergio
Brenner (PR), Sérgio Carlos Nahas (SP).

INTERNATIONAL EDITORIAL BOARD

Urology - Robert Stein (USA), Kenneth Palmer (USA), Fernando Secin (Paraguay),
René Sotelo (Venezuela), Alexis Alva Pinto (Peru)
Gynecology - Harry Reich (USA), Keith Isaacson (USA), Resad paya Pasic (USA),
Rudy Leon de Wilde (USA)
General Surgery - Eduardo Parra-Davila (USA), Jeffrey M. Marks (USA),
Antonello Forgione (ITA)

Production and Distribution - Brazilian Society of Videosurgery
Headquarters: Avenida das Américas n. 4801, s/ 308
Centro Médico Richet - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro, RJ - Brasil
CEP: 22.631-004
Telephone and Fax: + 55 21 3325-7724 - sobracil@sobracil.org.br

Printing and Publishing: **Press Graphic & Publishing Ltd**
Rua João Alves, 27 - Saúde - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
CEP: 20220-330
Phone: + 55 21 2253-8343 edprensa@uol.com.br

Brazilian Journal
of Videoendoscopic
Surgery

**12º Congresso Regional de
VIDEOCIRURGIA**

18 a 21 de maio de 2011

Atlântico Búzios Resort

Búzios - Rio de Janeiro - BRASIL

12º Congresso Regional de VIDEOCIRURGIA

18 a 21 de maio de 2011

Atlântico Búzios Resort

Búzios - Rio de Janeiro - BRASIL

Índice Geral dos Trabalhos Científicos

Área:

CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA

Apresentação: Poster

001 - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA ESTENOSE DE ANASTOMOSE GASTROJEJUNAL APÓS GASTROPLASTIA REDUTORA – EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA DO RIO DE JANEIRO

GUTEMBERG CORREIA DA SILVA; PAULA PERUZZI ELIA; NEWTON TEIXEIRA DOS SANTOS; ALVARO AUGUSTO GUIMARÃES FREIRE; GUSTAVO PIGNATON; GREGORIO FELDMAN; VALERIA CAVACA

Apresentação: Poster

002 - EFICÁCIA E SEGURANÇA DO BALÃO INTRAGÁSTRICO EM PACIENTES COM OBESIDADE GRAUS II E III: EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO DO RIO DE JANEIRO

PAULA PERUZZI ELIA; GUTEMBERG CORREIA DA SILVA; ALVARO AUGUSTO G FREIRE; DANIELA K WROBEL; HERON G CORREIA; GREGORIO FELDMAN; CARLOS EDUARDO MORAES

Apresentação: Tema Livre

003 - BALÕES INTRAGÁSTRICOS SÃO EFETIVOS PARA CONTROLE DE PESO EM PACIENTES NÃO OBESOS

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; FLÁVIO AUGUSTO MARTINS FERNANDES JÚNIOR; REBECA GONÇALVES ROCHA; DIEGO LAURENTINO LIMA; ADRIANO DE CARVALHO SALES; EDUARDO FELIPE DE CARVALHO CHAVES; RAFAELA LOPES PEREIRA GOUVEIA

Apresentação: Tema Livre

004 - BALÕES GÁSTRICOS EM OBESOS - 5 ANOS DE ANÁLISE DE UMA TÉCNICA MAIS SEGURA, RÁPIDA E ECONÔMICA PARA OS PROCEDIMENTOS DE COLOCAÇÃO E RETIRADA

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; DIEGO LAURENTINO LIMA; REBECA GONÇALVES ROCHA; FLÁVIO AUGUSTO MARTINS FERNANDES JÚNIOR; ADRIANO DE CARVALHO SALES; JOSÉ SÉRGIO NASCIMENTO SILVA; RAFAELA LOPES PEREIRA GOUVEIA

Apresentação: Tema Livre

005 - CESSAÇÃO DO TABAGISMO APÓS COLOCAÇÃO DE BALÃO INTRA-GÁSTRICO: UM EFEITO COLATERAL INTERESSANTE PARA OS PACIENTES FUMANTES

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; DIEGO LAURENTINO LIMA; REBECA GONÇALVES ROCHA; ADRIANO DE CARVALHO SALES; FLÁVIO AUGUSTO MARTINS FERNANDES JÚNIOR; JOSÉ SÉRGIO NASCIMENTO SILVA; RAFAELA LOPES PEREIRA GOUVEIA

Apresentação: Vídeo Livre

006 - HÉRNIA INTERNA DE ANEL NO PÓS-OPERATÓRIO DE GASTROPLASTIA CAPELLA

TIAGO KUCHNIR MARTINS DE OLIVEIRA; ANTONIO CARLOS ROSA DE SENA; FABIANA MATOS BARBOSA CELONI; ANGELO ROSSI DA SILVA CECCHINI; ANNA CAROLINA BOTTI DE OLIVEIRA; FELIPE PEDROTTI LOCATELLI; GERALDO ALBERTO SEBBEN

Área:

CIRURGIA COLOPROCTOLÓGICA

Apresentação: Tema Livre

007 - CURVA DE APRENDIZAGEM EM LAPAROSCOPIA COLORRETAL COM PREDOMÍNIO DE NEOPLASIA E USO DE TESOURA MONOPOLAR

JULIANO ALVES FIGUEIREDO; MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER; RAMON PIRES MARANHÃO; PAULA MENDONÇA PIMENTA FERREIRA; GUILHERME SOUZA SARMENTO VALENTE; SEBASTIÃO RODRIGO ROCHA ALMEIDA; MARCOS WANDERLEY CAMPOS REIS

Apresentação: Tema Livre

008 - BOLSA ILEAL POR ACESSO VIDEOLAPAROSCÓPICO. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS OPERATÓRIOS IMEDIATOS

FÁBIO GUILHERME C. M. CAMPOS; SÉRGIO EDUARDO ARAÚJO; THOMAS AUGUSTO TAKA; VÍCTOR EDMOND SEID; SÉRGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO

Apresentação: Tema Livre

009 - PROTOCOLO DE ANESTESIA GERAL EM SUÍNOS, COM INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL E VENTILAÇÃO

JULIANO ALVES FIGUEIREDO; PAULA MENDONÇA PIMENTA FERREIRA; GUILHERME S S VALENTE; MATHEUS MMM DE MEYER; BRUNO PINTO AMORIM; ANDRE LAGES DO VALE; ANDY PETROIANO

Apresentação: Vídeo Livre

010 - EXENTERAÇÃO PÉLVICA TOTAL MASCULINA POR LAPAROSCOPIA, COMBINADA COM COLOSTOMIA ÚMIDA PARA TRATAMENTO DE TUMOR DE RETO BAIXO LOCALMENTE AVANÇADO

JULIANO FIGUEIREDO; BRUNO ZIMMERER; GUSTAVO MARELLI; GUILHERME SOUZA SARMENTO VALENTE; PAULA FERREIRA; ANDRE BARRAGAT; MARCOS REIS

Apresentação: Vídeo Livre

011 - COLECTOMIA DIREITA E ESQUERDA POR VIDEOLAPAROSCOPIA

FERNANDO ATHAYDE V. MADUREIRA; JOSÉ ANTONIO DIAS DA CUNHA E SILVA; RENATO MANGANELLI SALOMÃO; FLAVIO MALCHER; RICARDO LIMA; MARCOS VALADÃO; ANTONIO CARLOS IGLESIAS

Apresentação: Vídeo Livre

012 - DUPLO GRAMPEAMENTO DISCÓIDE NO TRATAMENTO DE ENDOMETRIOSE INTESINAL

CLAUDIA MARIA VALE JOAQUIM; CLAUDIO CRISPI; PAULO SÉRGIO REIS DA SILVA JUNIOR; FLAVIO MALCHER DE OLIVEIRA

Apresentação: Vídeo Livre

013 - AMPUTAÇÃO DE RETO CILÍNDRICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA. ASPECTOS TÉCNICOS E VANTAGENS

FÁBIO GUILHERME C. M. CAMPOS; RODRIGO DUMARCO; VÍCTOR EDMOND SEID; SÉRGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO

Apresentação: Vídeo Livre

014 - COLECTOMIA DIREITA LAPAROSCÓPICA POR NEOPLASIA DE CECO

ANTONIO MORIS CURY FILHO; CHRISTIANO CLAUS; MARCELO LOUREIRO; EDUARDO BONIN; DANIELLSON DIMBARRE; SAIMON MARCANTE; PEDRO TRAUZYNSKI

Área: CIRURGIA GERAL

Apresentação: Poster

015 - LIGADURA DE SUBCLÁVIA ESQUERDA POR TORACOSCOPIA

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; CÍCERO RODRIGUES PAIVA ALENCAR; ADRIANO DE CARVALHO SALES; RAFAELA LOPES PEREIRA GOUVEIA; CAMILA CAIRES ALVINO; LEIDIANNY FIRMINO COSTA; JOSÉ SÉRGIO NASCIMENTO SILVA

Apresentação: Poster

016 - TROCÁTERES DE 2 E 3MM SEM VÁLVULA E MEMBRANA DE VEDAÇÃO SÃO VIÁVEIS?

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; ADRIANO DE CARVALHO SALES; IANELE BRAGA VILELA DE MELO; FERNANDA KARLA PEREIRA DE MIRANDA; CAMILA CAIRES ALVINO; LEIDIANNY FIRMINO COSTA; EVERTON LUIZ TORRES TENÓRIO

Apresentação: Poster

017 - EVISCERAÇÃO INTESINAL PELO PORTAL UMBILICAL PÓS COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

BRANSILDES BARCELLOS TERRA; BRUNO DE FREITAS BELEZIA; ESTEVÃO FERREIRA LEITE; MARCELO DE MEDEIROS CHAVES FRANÇA; BRUNO CARLO VIEIRA LEMOS; FREDERICO ALEXANDRE ALVES DE MEDEIROS; ALESSANDRO LEVINDO DE BARROS

Apresentação: Poster

018 - COMPLICAÇÃO CIRÚRGICA DE ESOFAGOMIOTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM PACIENTE COM ACALÁSIA JÁ SUBMETIDO A ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS COM APLICAÇÃO DE TOXINA BOTULÍNICA E DILATAÇÃO PNEUMÁTICA

RICARDO RIBAS DE ALMEIDA LEITE; ALEXANDRE MIRANDA DUARTE; BALTAZAR DE ARAÚJO FERNANDES

Apresentação: Tema Livre

019 - PERFIL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES PORTADORES DE HIPERIDROSE PRIMÁRIA E O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA APÓS SIMPATECTOMIA TORACOSCÓPICA

SONIA OLIVEIRA LIMA; YASMIN GAMAABUAWAD; ALOISIO FERREIRA PINTO NETO; VANESSA ROCHA DE SANTANA; MARCO ANTONIO PRADO; SYLVIA PEREIRA GURGEL; FRANCISCO PRADO REIS

Apresentação: Tema Livre

020 - CARDIOPLASTIA COM GASTRECTOMIA EM Y DE ROUX NO MEGAESÔFAGO AVANÇADO OU NAS FALHAS DA ESOFAGOCARDIOMIOTOMIA

RENAM CATHARINA TINOCO; AUGUSTO CLÁUDIO ALMEIDA TINOCO; RODOLFO ANDRADE TORRES; GUILHERME BARROCAS; JEHOVAH GUIMARÃES TAVARES; ÁBIA LACERDA PEROBA; TARCIANA RIBEIRO SANTOS

Apresentação: Tema Livre

021 - ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DE PORTADORES DE HIPERIDROSE PRIMÁRIA PLANTAR E O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA APÓS SIMPATECTOMIA LOMBAR RETROPERITONIOSCÓPICA

SONIA OLIVEIRA LIMA; GLEIDE MARIA GATTO BRAGANÇA; ALOISIO FERREIRA PINTO NETO; KAROLINE GUEDES MESQUITA SALVIANO; VANESSA ROCHA SANTANA; MARCO ANTONIO PRADO NUNES; FRANCISCO PRADO REIS

Apresentação: Tema Livre

022 - QUALIDADE DE VIDA APÓS A CARDIOMIOTOMIA À HELLER-DOR

FERNANDO ATHAYDE V. MADUREIRA; FÁBIO AV MADUREIRA; EMANUELLE BLANCO; ANGELO LOSS; DELTA MADUREIRA FILHO

Apresentação: Tema Livre

023 - ASPECTOS TÉCNICOS DA COLECISTECTOMIA COM INCISÃO ÚNICA TRANSUMBILICAL

FERNANDO ATHAYDE V. MADUREIRA; FÁBIO AV MADUREIRA; RENATO MANGANELLI SALOMÃO; RICARDO COTTA PEREIRA; ANTONIO CARLOS IGLESIAS; DELTA MADUREIRA FILHO; JOSÉ EDUARDO FERREIRA MANSO

Apresentação: Tema Livre

024 - IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES SUBMETIDOS À CORREÇÃO LAPAROSCÓPICA DA DRGE

SÔNIA OLIVEIRA LIMA; ALOISIO FERREIRA PINTO NETO; VANESSA ROCHA SANTANA; YASMIN GAMAABUAWAD; KAROLINA GUEDES MESQUITA SALVIANO; FLÁVIO LUIZ DÓSEA CABRAL; RICARDO LUIZ CAVALCANTI ALBUQUERQUE JUNIOR

Apresentação: Tema Livre

025 - NOVO TROCÁTER PARA MINILAPAROSCOPIA: MENOR FRICÇÃO, MAIOR PRECISÃO DE MOVIMENTOS E MENOR ESTRESSE CIRÚRGICO

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; ADRIANO DE CARVALHO SALES; RAFAELA LOPES PEREIRA GOUVEIA; DIEGO LAURENTINO LIMA; JOSÉ SÉRGIO NASCIMENTO SILVA; EDUARDO FELIPE DE CARVALHO CHAVES; FLÁVIO AUGUSTO MARTINS FERNANDES JÚNIOR

Apresentação: Tema Livre

026 - ELETROCAUTERIZAÇÃO DA ARTÉRIA CÍSTICA É UMA ALTERNATIVA EFICIENTE, SEGURA E CUSTO-EFETIVA NA COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; ADRIANO DE CARVALHO SALES; RAFAELA LOPES PEREIRA GOUVEIA; DIEGO LAURENTINO LIMA; JOSÉ SÉRGIO NASCIMENTO SILVA; EDUARDO FELIPE DE CARVALHO CHAVES; FLÁVIO AUGUSTO MARTINS FERNANDES JÚNIOR

Apresentação: Tema Livre

027 - PREFERÊNCIA DOS PACIENTES ENTRE AS NOVAS TÉCNICAS DE ACESSO CIRÚRGICO MINIMAMENTE INVASIVAS

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; ADRIANO DE CARVALHO SALES; RAFAELA LOPES PEREIRA GOUVEIA; DIEGO LAURENTINO LIMA; JOSÉ SÉRGIO NASCIMENTO SILVA; EDUARDO FELIPE DE CARVALHO CHAVES; REBECA GONÇALVES ROCHA

Apresentação: Tema Livre

028 - HIATOPLASTIA COM TELA BIOCINTÉTICA NA RECIDIVA PÓS CIRURGIA ANTIRREFLUXO LAPAROSCÓPICA

JEHOVAH GUIMARÃES TAVARES; RENAM CATHARINA TINOCO; AUGUSTO CLÁUDIO DE ALMEIDA TINOCO; LÍVIA RODRIGUES AGUIAR; GUILHERME BARROCAS; PEDRO AUGUSTO RIBEIRO MAY; MARLLUS BRAGA SOARES

Apresentação: Tema Livre

029 - PANCREATECTOMIA CORPO CAUDAL POR TUMOR EM GESTANTE

GUILHERME BARROCAS; RENAM CATHARINA TINOCO; AUGUSTO CLÁUDIO DE ALMEIDA TINOCO; LÍVIA RODRIGUES AGUIAR; JEHOVAH GUIMARÃES TAVARES; PEDRO AUGUSTO RIBEIRO MAY; GABRIEL ALVES DA COSTA VASSALLO

Apresentação: Tema Livre

030 - COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA POR ACESSO ÚNICO TRANSUMBILICAL

GABRIEL ALVES DA COSTA VASSALLO; RENAM CATHARINA TINOCO; AUGUSTO CLÁUDIO DE ALMEIDA TINOCO; LÍVIA RODRIGUES AGUIAR; JEHOVAH GUIMARÃES TAVARES; PEDRO AUGUSTO RIBEIRO MAY; GUILHERME BARROCAS

Apresentação: Tema Livre

031 - ADENOCARCINOMA GÁSTRICO: ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA

JEHOVAH GUIMARÃES TAVARES; RENAM CATHARINA TINOCO; AUGUSTO CLÁUDIO DE ALMEIDA TINOCO; LÍVIA RODRIGUES AGUIAR; GUILHERME BARROCAS; PEDRO AUGUSTO RIBEIRO MAY; MATHEUS DE OLIVEIRA RANGEL

Apresentação: Tema Livre

032 - MODELO ANATÔMICO DE TREINAMENTO EM VIDEOSQUIRURGIA - UMA NOVA CONCEPÇÃO DE “CAIXA-PRETA”

FRANCISCO LOPES PEREIRA; PAULA PARREIRA FURTADO; WELLINGTON JOSÉ DOS SANTOS; JOSÉ GERALDO GONÇALVES FERREIRA; EDSON ANTONACCI JUNIOR; RENATO AZEVEDO GUIMARÃES; EDSON FREIRE DA FONSECA

Apresentação: Vídeo Livre

033 - REPARO LAPAROSCÓPICO DE LESÃO DE VEIA CAVA INFERIOR SEM A NECESSIDADE DE DAR NÓ

LESSANDRO CURCIO GONÇALVES; RODRIGO FROTA; FELIPE GUSMAO; ANTONIO CALUDIO CUNHA; JUAN RENTERIA; RICARDO FREIRE

Apresentação: Vídeo Livre

034 - EXÉRESE VIDEOLAPAROSCÓPICA DE CISTO DE DUPLICAÇÃO ESOFÁGICO

ANDRE RIVKIND; ROBERTO NIGRO

Apresentação: Vídeo Livre

035 - TRATAMENTO DE DIVERTICULITE AGUDA COM LAVAGEM E DRENAGEM SEM RESSECÇÃO POR VIA LAPAROSCOPICA
ANDRE RIVKIND; ROBERTO NIGRO; DANIEL SZOR

Apresentação: Vídeo Livre

036 - ADRENALECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA
FÁBIO NEVES DIBAI; RAN SHIN TAIR; LINCOLN LOPES FERREIRA

Apresentação: Vídeo Livre

037 - ASPECTOS TÉCNICOS E TÁTICOS DA SIMPATECTOMIA LOMBAR RETROPERITONICOSCOPICA NO TRATAMENTO DA HIPERIDROSE PRIMARIA PLANTAR
SONIA OLIVEIRA LIMA; GLEIDE MARIA GATTO BRAGANÇA; ALOISIO FERREIRA PINTO NETO; VANESSA ROCHA SANTANA; YASMIN GAMAABUAWAD; FRANCISCO PRADO REIS

Apresentação: Vídeo Livre

038 - GASTRECTOMIA TOTAL À D2 VIDEOLAPAROSCÓPICA
FABIANA MATOS BARBOSA; ANTONIO CARLOS ROSA DE SENA; GERALDO ALBERTO SEBBEN; TIAGO MARTINS KUCHNIR OLIVEIRA; RAYSSA SENA; ANGELO CECHINI; ANNA CAROLINA BOTTI

Apresentação: Vídeo Livre

039 - COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM SITUS INVERSUS TOTALIS
FABIANA MATOS BARBOSA; ANTONIO CARLOS ROSA DE SENA; GERALDO ALBERTO SEBBEN; TIAGO MARTINS KUCHNIR OLIVEIRA; RAYSSA SENA; FELIPE LOCATELLI; ANA PAULA NAGABE

Apresentação: Vídeo Livre

040 - COLECISTECTOMIA COM INCISÃO ÚNICA TRANSUMBILICAL
EDUARDO ANDRADE DIAS COUTINHO DE SOUZA; FERNANDO ATHAYDE V. MADUREIRA; RENATO MANGANELLI SALOMÃO; RICARDO COTTA PEREIRA; RICARDO LIMA; MARCOS VALADÃO; ANTONIO CARLOS IGLESIAS

Apresentação: Vídeo Livre

041 - ADRENALECTOMIA DIREITA VÍDEO LAPAROSCÓPICA
VINICIUS LUDERER DIAS; FERNANDO ATHAYDE V. MADUREIRA; RENATO MANGANELLI SALOMÃO; RICARDO COTTA PEREIRA; RICARDO LIMA; MARCOS VALADÃO; ANTONIO CARLOS IGLESIAS

Apresentação: Vídeo Livre

042 - SIMPATECTOMIA TORACOSCÓPICA PARA TRATAMENTO DA HIPERIDROSE PRIMARIA FACIAL, PALMAR E AXILAR
SÔNIA OLIVEIRA LIMA; ALOISIO FERREIRA PINTO NETO; VANESSA ROCHA DE SANTANA; SYLVIA PEREIRA GURGEL; YASMIN GAMA ABUAWAD; GLEIDE MARIA GATTO BRAGANÇA; FRANCISCO PRADO REIS

Apresentação: Vídeo Livre

043 - ASPECTOS TÉCNICOS E TÁTICOS DA FUNDOPLICATURA PARCIAL E TOTAL COM PRESERVAÇÃO DOS VASOS CURTOS E DO RAMO HEPÁTICO DO VAGO NO TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFAGICO
SÔNIA OLIVEIRA LIMA; ALOISIO FERREIRA PINTO NETO; RENAN FERREIRA GOUVEIA; YASMIN GAMAABUAWAD; VANESSA ROCHA SANTANA; HERON ALENCAR DE ANDRADE; RICARDO LUIS CAVALCANTI ALBUQUERQUE JUNIOR

Apresentação: Vídeo Livre

044 - PANCREATOJEJUNOSTOMIA EM Y DE ROUX POR VIDEOLAPAROSCOPIA
CARLOS GICOVATE NETO; MARCOS THIAGO ANUNCIACAO DE SOUZA; EDSON BATISTA; ROGERIO BICALHO; FREDERICO VIEIRA DIAS MORAES; IVAN SALGADO DE AZEVEDO; NATALIA ANDRADE

Apresentação: Vídeo Livre

045 - CIRURGIA DE WHIPPLE POR VIA LAPAROSCÓPICA - PARTE 1
TIAGO KUCHNIR MARTINS DE OLIVEIRA; ANTONIO CARLOS ROSA DE SENA; MARCIANO ANGHINONI; DANIEL SEIGUI KAIO; FABIANA MATOS BARBOSA CELONI; FELIPE PEDROTTI LOCATELLI; RAYSSA HELENA DE SENA

Apresentação: Vídeo Livre

046 - COLEDOCOLITÍASE: ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA
LAURO MASSAUD CONDE; JORGE LUIZ DELDUQUE QUINTES; LUIZ EDUARDO BERGAMO BARROS

Apresentação: Vídeo Livre

047 - HEPATECTOMIA SEGMENTAR VIDEOLAPAROSCÓPICA
FELIPE PEDROTTI LOCATELLI; JULIO CESAR WIEDERKEHR; DIOGO SWAN KFOURI; JOAO FRANCISCO DE SOUZA; FABIANA DE MATOS BARBOSA; BARBARA DE AGUIAR WIEDERKEHR

Apresentação: Vídeo Livre

048 - NEOPLASIA ESÔFAGO - RESSECÇÃO POR TORACOSCOPIA EM POSIÇÃO PRONADA E LAPAROSCOPIA
ANTONIO MORIS CURY FILHO; EDUARDO BONIN; CHRISTIANO CLAUS; MARCELO LOUREIRO; DANIELLSON DIMBARRE; CAROLINA GONÇALVES; PEDRO T.

Apresentação: Vídeo Livre

049 - OPERAÇÃO DE WHIPPLE LAPAROSCÓPICA

ANTONIO MORIS CURY FILHO; EDUARDO BONIN; MARCELO LOUREIRO; CHRISTIANO CLAUS; DANIELLSON DIMBARRE; CAROLINA GONÇALVES; SAIMON MARCANTE

Apresentação: Vídeo Livre

050 - CIRURGIA DE WHIPPLE POR VIA LAPAROSCÓPICA - PARTE 2

TIAGO KUHNIR MARTINS DE OLIVEIRA; ANTONIO CARLOS ROSA DE SENA; DANIEL SEIGUI KAIO; MARCIANO ANGHINONI; FABIANA MATOS BARBOSA CELONI; RAYSSA HELENA DE SENA; ANA PAULA HITOMI NAGABE

Apresentação: Vídeo Livre

051 - HERNIOPLASTIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCÓPICA - TAPP SITRACC (SINGLE TROCAR ACCESS)

JAMES SKINOVSKY; MARCUS VINICIUS DANTAS; MAURICIO CHIBATA; FERNANDA TSUMANUMA; DIOGO PARENTE FALCÃO; FRANCISCO ALMEIDA; ROGÉRIO CAVALLIERI

Apresentação: Vídeo Livre

052 - ABSCESSO RETROCOLEDOCEANO PÓS CPRE: TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO

MIGUEL DE MIRANDA GONÇALVES; CAMILA SANTOS; GUILHERME RIBAS; LUIZ PAULO JACOMELLI; RICARDO BRASIL; NELSON FIODI; GASTÃO JOSÉ DOS SANTOS

Apresentação: Vídeo Livre

053 - EXPLORAÇÃO DE VIAS BILIARES VIDEOLAPAROSCÓPICA TRANSCOLEDOCIANA

SATURNINO RIBEIRO NASCIMENTO NETO; ROGÉRIO CAVALLIERI; ERNESTO CONELLI; DORIVAM NOGUEIRA; DIOGO PARENTE FALCÃO; IVANA GUS; ALEXANDRE ZARPELLON

Área:
CIRURGIA GINECOLÓGICA

Apresentação: Poster

054 - ESCALAS FUNCIONAIS DO SHORT FORM 36 E IDADE CRONOLÓGICA: UM ESTUDO DE CORRELAÇÃO SOBRE QUALIDADE DE VIDA EM CANDIDATAS A LAPAROSCOPIA CITORREDUTORA PARA ENDOMETRIOSE PROFUNDA

CAMILLA GABRIELY SOUZA GUERRA; MARLON DE FREITAS FONSECA; DANIEL LIBERMAN; FELIPE VENTURA SESSA; LILIAN DE CARVALHO ARAGÃO; MÁRCIAANSELMO RODRIGUES; CLAUDIO PEIXOTO CRISPI

Apresentação: Poster

055 - QUALIDADE DE VIDA: CORRELAÇÃO ENTRE ESCORES DE DOR E INFERTILIDADE EM CANDIDATAS A LAPAROSCOPIA CITORREDUTORA PARA ENDOMETRIOSE PROFUNDA

DANIEL LIBERMAN; MARLON DE FREITAS FONSECA; CAMILLA GABRIELY SOUZA GUERRA; FELIPE VENTURA SESSA; LILIAN DE CARVALHO ARAGÃO; MÁRCIAANSELMO RODRIGUES; CLAUDIO PEIXOTO CRISPI

Apresentação: Poster

056 - HISTÓRIA OBSTÉTRICA (GESTA, PARA, ABORTO) E DOR DURANTE HISTEROSCOPIA SEM ANESTESIA: ANÁLISE DE CORRELAÇÃO

MÁRLON DE FREITAS FONSECA; CAMILLA GABRIELY SOUZA GUERRA; FELIPE VENTURA SESSA; DANIEL LIBERMAN; RAQUEL FONSECARODRIGUES; MARCIO LAMBLET; CLAUDIO PEIXOTO CRISPI

Apresentação: Poster

057 - ENDOMETRIOMA OVARIANO INFECTADO PÓS-POLIPECTOMIA HISTEROSCÓPICA TRATADO POR VIDEOLAPAROSCOPIA

MARCIA FERREIRA DA COSTA; LILIAN DE CARVALHO ARAGÃO; CLAUDIO PEIXOTOCRISPI; LUIZ CARLOS DA SILVA SANTOS; JOSE PAULO PEREIRA JUNIOR; MICHELLE F. S. PORTO NOGUEIRA

Apresentação: Poster

058 - ADERÊNCIAS INTRAUTERINAS (SÍNDROME ASHERMAN): RELATO DE CASO E MANEJO VIDEOHISTEROSCÓPICO

ALBERTO TAVARES DE ARAUJO FREITAS

Apresentação: Vídeo Livre

059 - RESSECÇÃO DISCOIDE DE ENDOMETRIOSE INFILTRATIVA PROFUNDA NO RETOSSIGMOIDE POR LAPAROSCOPIA

ANDRE RIVKIND; ROBERTO NIGRO; LUCIANO GIBRAN

Apresentação: Vídeo Livre

060 - RESSECÇÃO RETAL, URETERÓLISE POR VIA LAPAROSCÓPICA NA ENDOMETRIOSE PELVICA PROFUNDA

JULIANO FIGUEIREDO; PAULA MENDONÇA PIMENTA FERREIRA; GUILHERME VALENTE; MARCOS REIS; MAURICIO BECHARA; SEBASTIAO ALMEIDA; RAMON MARANHÃO

Apresentação: Vídeo Livre

061 - LINFADENECTOMIA PÉLVICA VIDEOLAPAROSCÓPICA

ERICO LUSTOSA FERREIRA; GUSTAVO GUITMANN; RENATO SANMARTIN; LUIZ MATHIAS; PATRICIA FREIRE; MARCOS FREIRE

Apresentação: Vídeo Livre

062 - LINFADENECTOMIA EXTRAPERITONEAL PARA AÓRTICA

ERICO LUSTOSA FERREIRA; GUSTAVO GUITMANN; RENATO SANMARTIN; LUIZ MATHIAS; PATRICIA FREIRE; MARCOS FREIRE

Apresentação: Vídeo Livre

063 - NEOVAGINA VIDEOLAPAROSCÓPICA COM UTILIZAÇÃO DO RETO

ERICO LUSTOSA FERREIRA; GUSTAVO GUITMANN; RENATO SANMARTIN; LUIZ MATHIAS; PATRICIA FREIRE; MARCOS FREIRE

Apresentação: Vídeo Livre

064 - LINFADENECTOMIA PARA AÓRTICA SINGLE PORT

ERICO LUSTOSA FERREIRA; GUSTAVO GUITMANN; RENATO SANMARTAN; LUIZ MATHIAS; PATRICIA FREIRE; MARCOS FREIRE

Apresentação: Vídeo Livre

065 - HISTERECTOMIA TOTAL SINGLE PORT

ERICO LUSTOSA FERREIRA; GUSTAVO GUITMANN; RENATO SANMARTIN; LUIZ MATHIAS; PATRICIA FREIRE; MARCOS FREIRE; ALEX BRUNO DE CARVALHO LEITE.

Apresentação: Vídeo Livre

066 - LINFADENECTOMIA PÉLVICA SINGLE PORT

ERICO LUSTOSA FERREIRA; GUSTAVO GUITMANN; RENATO SANMARTIN; LUIZ MATHIAS; PATRICIA FREIRE; MARCOS FREIRE; ALEX BRUNO DE CARVALHO LEITE

Apresentação: Vídeo Livre

067 - HISTERECTOMIA RADICAL VIDEOLAPAROSCÓPICA

ERICO LUSTOSA FERREIRA; GUSTAVO GUITMANN; RENATO SANMARTIN; LUIZ MATHIAS; PATRICIA FREIRE; MARCOS FREIRE; ALEX BRUNO DE CARVALHO LEITE

Apresentação: Vídeo Livre

068 - ENDOMETRIOSE PARAMETRIAL COM ACOMETIMENTO URETERAL EXTRÍNSECO: DILATAÇÃO COM BALÃO INTRALUMINAL

ALBERTO TAVARES DE ARAUJO FREITAS; CLAUDIO PEIXOTO CRISPI; THIERS SOARES RAYMUNDO; JOSÉ ANACLETO; LUIZ CARLOS DA SILVA SANTOS; CLAUDIO MOURA DE ANDRADE JUNIOR; FLÁVIO MALCHER MARTINS DE OLIVEIRA

Apresentação: Vídeo Livre

069 - HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA COM USO DO ENSEAL

WILLIAM KONDO; MONICA TESSMANN ZOMER; DIOGO PARENTE FALCÃO; JAMES SKINOVSKY; SATURNINO R. NASCIMENTO; FERNANDA TSUNANUMA; FRANCISCO E. ALMEIDA

Apresentação: Vídeo Livre

070 - HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA COM O USO DO ULTRACISION

WILLIAM KONDO; DIOGO PARENTE FALCÃO; MONICA T. ZOMER; JAMES SKINOVSKY; SATURNINO R. NASCIMENTO; ALEXANDRE T. ZARPELLON; MARIANA E. GUERRA

Apresentação: Vídeo Livre

071 - CISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA EM ENDOMETRIOMA

WILLIAM KONDO; DIOGO PARENTE FALCÃO; MONICA T. ZOMER; SATURNINO R. NASCIMENTO; JAMES SKINOVSKY; PATRICIA R. BIGOLIN; FERNANDA REIS

Apresentação: Vídeo Livre

072 - MANEJO LAPAROSCÓPICO DE MASSAS ANEXIAIS

WILLIAM KONDO; DIOGO PARENTE FALCÃO; MONICA T. ZOMER; JAMES SKINOVSKY; SATURNINO R. NASCIMENTO; FERNANDA TSUNANUMA; FRANCISCO ALMEIDA

Apresentação: Vídeo Livre

073 - RESSECÇÃO VESICAL EM ENDOMETRIOSE PROFUNDA

WILLIAM KONDO; DIOGO PARENTE FALCÃO; MONICA TESSMANN ZOMER; SATURNINO R. NASCIMENTO; IVANA GUS; JAMES SKINOVSKY; FRANCISCO ALMEIDA

Apresentação: Vídeo Livre

074 - HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA EM ENDOMETRIOSE PROFUNDA

WILLIAM KONDO; DIOGO PARENTE FALCÃO; MONICA T. ZOMER; SATURNINO R. NASCIMENTO; FRANCISCO ALMEIDA; DORIVAM NOGUEIRA; FERNANDA TSUNANUMA

Apresentação: Vídeo Livre

075 - RESSECÇÃO DE CÚPULA VAGINAL EM RECÍDIVA DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA APÓS HISTERECTOMIA

WILLIAM KONDO; DIOGO PARENTE FALCÃO; MONICA T. ZOMER; SATURNINO R. NASCIMENTO; FRANCISCO ALMEIDA; PEDRO NEVES; IVANA GUS

Área:
CIRURGIA PEDIÁTRICA

Apresentação: Poster

076 - EXÉRESE VIDEOLAPAROSCÓPICA DE CISTO DE ÚRACO

THAÍS CARDOSO; RENAM CATHARINA TINOCO; FERNANDA CARDILO LIMA; LORRAN COQUE FONSECA; PRISCILLA MARIA FARACO ROSA; SÂMARA WEIDMANN MENEZES; KAROLINE PRAVATO CARARI

Apresentação: Poster

077 - INTUSSUSCEPÇÃO POR DIVERTÍCULO DE MECKEL

THAÍS CARDOSO; LEANDRO DUTRA PERES; FERNANDA CARDILO LIMA; NATHALY LIMA DIAS DA SILVA; MARCELO PARRINI ABDALLA GOMES; AMANDA FIGUEIRA BUSSADE; WATSON VIANA VIEIRA

Área:
CIRURGIA UROLÓGICA

Apresentação: Tema Livre

078 - NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA INICIAL DO HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA

LESSANDRO CURCIO GONÇALVES; ANTONIO CLAUDIO CUNHA; JUAN RENTERIA; BERNARDO MENDES; LEANDRO ANDRADE; RICARDO FREIRE

Apresentação: Tema Livre

079 - ACESSO RENAL POR L.E.S.S.(LAPAROENDOSCOPIC SINGLE-SITE SURGERY).EXPERIENCIA DO HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA

LESSANDRO CURCIO GONÇALVES; ANTONIO CLAUDIO CUNHA; JUAN RENTERIA; BERNARDO MENDES; LEANDRO ANDRADE; RICARDO FREIRE

Apresentação: Vídeo Livre

080 - NEFRECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA POR LESS ATRAVES DE CICATRIZ DE PFANNESTIEL

LESSANDRO CURCIO GONÇALVES; ANTONIO CLAUDIO CUNHA; JUAN RENTERIA; BERNARDO MENDES; LEANDRO ANDRADE; RICARDO FREIRE

Apresentação: Vídeo Livre

081 - PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA-COMPLICAÇÕES PERIOPERATÓRIAS E CASOS DIFÍCEIS

LESSANDRO CURCIO GONÇALVES; ANTONIO CLAUDIO CUNHA; JUAN RENTERIA; LEANDRO ANDRADE; FELIPE GUSMAO; BERNARDO MENDES

Apresentação: Vídeo Livre

082 - NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA PARA ANGIOMIOLIPOMA GIGANTE COM CLAMPEAMENTO APENAS DA ARTÉRIA RENAL

LESSANDRO CURCIO GONÇALVES; MARCOS AUGUSTO MARINHO; RICARDO FREIRE; ANTONIO CLAUDIO CUNHA; JUAN RENTERIA; LEANDRO DE ANDRADE

Apresentação: Vídeo Livre

083 - PROSTATECTOMIA RADICAL VIDEOLAPAROSCÓPICA (PRVLP) : TÉCNICA DO HOSPITAL GERAL DE IPANEMA PASSO-A-PASSO, APÓS 100 CASOS

LESSANDRO CURCIO GONÇALVES; ANTONIO CLAUDIO CUNHA; JUAN RENTERIA

Apresentação: Vídeo Livre

084 - NEFRECTOMIA POR SINGLE-PORT/ L.E.S.S.(LAPARO-ENDOSCOPIC SINGLE-SITE SURGERY)- SÉRIE DE CASOS

LESSANDRO CURCIO GONÇALVES; FELIPE GUSMÃO; BERNARDO MENDES; ANTONIO CLAUDIO CUNHA; JUAN RENTERIA

Apresentação: Vídeo Livre

085 - REIMPLANTE URETERAL EM ENDOMETRIOSE PROFUNDA

WILLIAM KONDO; DIOGO PARENTE FALCÃO; ANIBAL WOOD BRANCO; LUCIANO C. STUNITZ; SANDRO NICHELE; PEDRO NEVES; MONICA T. ZOMER

12º Congresso Regional de VIDEOCIRURGIA

18 a 21 de maio de 2011

Atlântico Búzios Resort

Búzios - Rio de Janeiro - BRASIL

Trabalhos Científicos

Área:

CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA

Apresentação: Poster

001 - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA ESTENOSE DE ANASTOMOSE GASTROJEJUNAL APÓS GASTROPLASTIA REDUTORA – EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA DO RIO DE JANEIRO

GUTEMBERG CORREIA DA SILVA; PAULA PERUZZI ELIA; NEWTON TEIXEIRA DOS SANTOS; ALVARO AUGUSTO GUIMARÃES FREIRE; GUSTAVO PIGNATON; GREGORIO FELDMAN; VALERIA CAVACA

RESUMO

INTRODUÇÃO: A estenose da anastomose gastrojejunal após a gastroplastia redutora é uma complicação freqüente, que pode ser tratada endoscopicamente de forma eficaz através da dilatação com balão hidrostático. **OBJETIVO:** Avaliar os resultados das dilatações com balão das estenoses da anastomose gastrojejunal em um serviço do Rio de Janeiro. Determinar o calibre dos balões mais utilizados para dilatação e o número de sessões, e o percentual de complicações. **MÉTODOS:** Estudo longitudinal retrospectivo dos pacientes submetidos à gastroplastia redutora com estenose da anastomose gastrojejunal que realizaram endoscopia digestiva alta (EDA) na GASTROENDO no período entre janeiro de 2006 e março de 2010. **RESULTADOS:** No período deste estudo, foram observados 47 estreitamentos da anastomose gastrojejunal (<10mm), e 43 pacientes foram submetidos à dilatação endoscópica (fotos 2, 3 e 4). Dos pacientes submetidos à dilatação, 13 (30%) eram homens e 30 (70%) eram mulheres. Três casos (7%) foram resolvidos com dilatação com o próprio endoscópio (9,8mm). O calibre dos balões hidrostáticos variou entre 6 e 20 mm, sendo que o mais utilizado foi o de 12 mm em 27 pacientes (70%). Os balões de 8 a 11 mm foram utilizados em 13 pacientes (30%). Houve melhora clínica com apenas uma sessão em 38 pacientes (88%), sendo necessário 2 sessões em 3 (8%). A única complicação foi uma perfuração (2%), tratada cirurgicamente com êxito. **CONCLUSÃO:** A dilatação com balão hidrostático se mostrou um método eficaz e seguro no tratamento da estenose de

anastomose gastrojejunal com boa resposta clínica após uma única sessão na maior parte dos casos.

Apresentação: Poster

002 - EFICÁCIA E SEGURANÇA DO BALÃO INTRAGÁSTRICO EM PACIENTES COM OBESIDADE GRAUS II E III: EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO DO RIO DE JANEIRO

PAULA PERUZZI ELIA; GUTEMBERG CORREIA DA SILVA; ALVARO AUGUSTO G FREIRE; DANIELA K WROBEL; HERON G CORREIA; GREGORIO FELDMAN; CARLOS EDUARDO MORAES

RESUMO

OBJETIVOS: Avaliar a eficácia e segurança BIG em pacientes com obesidade graus II e III. **MÉTODOS:** De setembro de 2007 a outubro de 2009, 98 pacientes com obesidade graus II (IMC 35-39.9) e III (IMC >40) foram tratados com BIG. O balão foi colocado e retirado através de exame endoscópico, e os pacientes foram acompanhados por um grupo de multidisciplinar por um período de 5 a 7 meses. Para verificar se existiu perda significativa no peso ou IMC do pré para pós-balão foi aplicado o teste t de Student pareado e para comparação da perda de peso relativa (%) entre os graus de obesidade foi realizada a Análise de Variância "one-way". O critério de determinação de significância foi o nível de 5%. A análise estatística foi processada pelo software estatístico SAS® System. **RESULTADOS:** 96 pacientes completaram o estudo. 2 pacientes foram excluídos por deflação espontânea do balão. A idade média dos pacientes foi 41 anos e a maioria era do sexo feminino (64%). A peso médio inicial foi 114 Kg (variação 90-171) e o peso médio final foi 101 Kg (62.6-151). Houve perda significativa de peso no final do tratamento, em média de 13 Kg (11.4% do peso inicial) (p= 0.0001). Ao compararmos os grupos de pacientes com obesidade graus 2 e 3 vimos que não há diferença significativa na perda de peso relativa (p=0.079). Não houve complicações ou falha na retirada do balão. **CONCLUSÃO:** O BIG é seguro e eficaz como tratamento da obesidade. Não

observamos diferença na perda de peso, independente do grau de obesidade. Houve dois casos de deflação espontânea do balão, mas sem obstrução intestinal.

Apresentação: Tema Livre

003 - BALÕES INTRAGÁSTRICOS SÃO EFETIVOS PARA CONTROLE DE PESO EM PACIENTES NÃO OBESOS

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; FLÁVIO AUGUSTO MARTINS FERNANDES JÚNIOR; REBECA GONÇALVES ROCHA; DIEGO LAURENTINO LIMA; ADRIANO DE CARVALHO SALES; EDUARDO FELIPE DE CARVALHO CHAVES; RAFAELA LOPES PEREIRA GOUVEIA

RESUMO

INTRODUÇÃO: Muitos tratamentos clínicos têm sido tentados para redução de peso em pacientes com sobrepeso ($IMC < 30$), muito comumente tratados com Orlistat®, sibutramina e mais recentemente com Rimonabant®, todos apresentando efeitos colaterais gastrointestinais, circulatórios, metabólicos ou psicológicos os quais são algumas vezes graves. Ensaios clínicos recentes usando balões intragástricos de silicone (BIS) em pacientes com sobrepeso têm provado a utilização segura de BIS nesses pacientes. **OBJETIVO:** Apresentar os resultados do tratamento com BIS em pacientes com sobrepeso. **MÉTODO:** De junho de 2006 a janeiro de 2011, 1003 pacientes foram submetidos ao tratamento com o balão intragástrico da Silimed® em dois centros diferentes. Desses, 45 foram selecionados para esse estudo apresentando $IMC < 30$. **RESULTADOS:** Os balões foram inseridos e removidos através de endoscopia ambulatorial, segura e efetiva em todos os casos. Anestesia geral não foi necessária. Todos os pacientes deixaram o consultório em menos de 1 hora. A média de idade dos pacientes foi 35 (16-67) anos, pesos iniciais e IMC foram 75.3 ± 9.9 ($58.0-100.2$) kg e 28.3 ± 1.6 ($22.8-29.9$) kg/m². Para os 24 pacientes que completaram os 6 meses de tratamento, os resultados em perda de peso e IMC final foram de 8.3 ± 4.2 ($19.7-0.4$) kg e 25.1 ± 1.7 ($21.9-27.8$) kg/m². Cinco pacientes (11,6%) tiveram episódios de vômitos incontroláveis e optaram por parar o tratamento. Um paciente (2,3%) teve perda de peso insuficiente. 79,5% dos pacientes tiveram náusea no primeiro dia do tratamento. Um balão teve rompimento espontâneo durante o tratamento e foi removido por endoscopia ambulatorial. **CONCLUSÕES:** Os dados preliminares sugerem que o procedimento do balão gástrico é uma alternativa segura e eficaz para o tratamento médico de controle de peso em pacientes não obesos com indicação apropriada de uso.

Apresentação: Tema Livre

004 - BALÕES GÁSTRICOS EM OBESOS - 5 ANOS DE ANÁLISE DE UMA TÉCNICA MAIS SEGURA, RÁPIDA E ECONÔMICA PARA OS PROCEDIMENTOS DE COLOCAÇÃO E RETIRADA

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; DIEGO LAURENTINO LIMA; REBECA GONÇALVES ROCHA; FLÁVIO AUGUSTO MARTINS FERNANDES JÚNIOR; ADRIANO DE CARVALHO SALES; JOSÉ SÉRGIO NASCIMENTO SILVA; RAFAELA LOPES PEREIRA GOUVEIA

RESUMO

INTRODUÇÃO: Embora a cirurgia bariátrica seja a mais eficaz forma de perder e controlar o peso, não é possível ser realizada em todos os pacientes. Nesse estudo um procedimento ambulatorial mais seguro e mais rápido é usado rotineiramente no tratamento de pacientes obesos e não obesos. **OBJETIVOS:** Relatar aprimoramento na técnica de colocação e retirada dos balões gástricos. **MATERIAL E MÉTODOS:** Entre junho de 2006 e janeiro de 2011,

222 pacientes obesos (160 mulheres) com média ponderal 94.55kg; ± 21.9 realizaram tratamento para obesidade usando 233 balões intragástricos de silicone (BIS). Todos os BIS foram inseridos e removidos através de endoscopia ambulatorial, sob sedação usual. A anestesia geral não foi necessária, diminuindo custos e riscos. Para este propósito um novo BIS foi desenvolvido (SILIMED). A colocação foi realizada pela fixação do BIS a uma alça de polipectomia, inserindo-os sob visão direta. Os BIS foram liberados no fundo do estômago e preenchidos com uma solução de soro fisiológico, contraste iodado e azul de metileno (500-900 ml). A remoção foi realizada através de um duplo "overtube" de silicone no esôfago do paciente. Fez-se um orifício no BIS com cateter sobre agulha. O conteúdo total do balão foi completamente aspirado. Para retirar o BIS vazio usou-se uma alça de polipectomia ou pinça duplo gancho. O BIS foi parcialmente inserido no "overtube" e ambos removidos em conjunto. **RESULTADOS:** Todos os 233 balões foram colocados satisfatoriamente. Dos 233 balões 150 foram retirados, 12 por intolerância, 6 por perfuração do balão e 132 ao fim dos 6 meses de tratamento. Todos os pacientes deixaram o consultório com menos de 1 hora dos procedimentos de colocação ou retirada, satisfeitos com o procedimento. No dia seguinte após a colocação do BIS, 23% dos pacientes precisaram ser internados por 12-48 horas para controlar náusea e vômitos. Cinco balões foram eliminados espontaneamente e assintomaticamente. A média de perda ponderal entre os 132 pacientes que terminaram os 6 meses de tratamento foi de 9,89 (± 5.8) kg e a média de perda de peso excessivo (PPE%) foi 40,5 (± 68.5) %. **CONCLUSÃO:** A utilização desta técnica aperfeiçoou a colocação e a remoção do balão gástrico, tornando-a mais rápida, segura e com custos reduzidos.

Apresentação: Tema Livre

005 - CESSAÇÃO DO TABAGISMO APÓS COLOCAÇÃO DE BALÃO INTRA-GÁSTRICO: UM EFEITO COLATERAL INTERESSANTE PARA OS PACIENTES FUMANTES

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; DIEGO LAURENTINO LIMA; REBECA GONÇALVES ROCHA; ADRIANO DE CARVALHO SALES; FLÁVIO AUGUSTO MARTINS FERNANDES JÚNIOR; JOSÉ SÉRGIO NASCIMENTO SILVA; RAFAELA LOPES PEREIRA GOUVEIA

RESUMO

INTRODUÇÃO: A obesidade é um grave problema de saúde com significativa morbidade e mortalidade. O uso de balão intra-gástrico em obesos e não-obesos tem sido relatado com sucesso na perda de peso. Porém, a cessação do tabagismo em pacientes viciados e que colocaram balão gástrico jamais foi relatada, apesar dos diferentes tipos de tratamento para parar de fumar que foram criados ao longo dos anos. **PACIENTES E MÉTODOS:** De junho de 2006 a janeiro de 2011, 221 pacientes com IMC entre 25,1 e 63,5 foram submetidos a tratamento com balão intragástrico de silicone (BIS) da Silimed®. Pacientes fumantes foram selecionados para avaliação da intolerância ao fumo durante o tratamento. Esse estudo incluiu 19 pacientes (18 mulheres), com idade média de 40,0 anos (23-55 anos). O peso médio pré-tratamento foi de $90,1 \pm 22,5$ kg ($58,3-207$ kg), com média de IMC igual a $34,21 \pm 5,2$ kg/m² ($25,6-63,5$ kg/m²). Durante o tratamento com BIS eles relataram intolerância incomum à fumaça do cigarro e foram subdivididos em três grupos: intolerância leve, intolerância parcial e intolerância total. Pacientes com intolerância leve apresentaram intolerância inicial mas voltaram a fumar menos de um mês após a colocação do balão. Pacientes com intolerância parcial pararam de fumar por pelo menos três meses. E os pacientes com intolerância total pararam de fumar definitivamente durante o tratamento. Esses pacientes foram acompanhados após a remoção do balão sobre a continuidade da perda de peso e a intolerância à fumaça. **RESULTADOS:** Três de 19 pacientes (15,78%) foram

colocados no grupo de intolerância leve e outros 3 (15,78%) no de intolerância parcial. Treze pacientes (68,44%) pararam de fumar completamente durante o tratamento, compondo o grupo com intolerância total. Após o tratamento com balão (6 meses) os pacientes foram acompanhados acerca da perda de peso e da intolerância ao fumo. Todos os pacientes dos grupos de intolerância leve e intolerância parcial não pararam de fumar. Seis dos 13 pacientes (46,15%) localizados no grupo com intolerância total permaneceram sem fumar após o término do tratamento com balão. **CONCLUSÕES:** BIS é um tratamento útil e seguro para pacientes com obesidade. Obviamente, não queremos mostrar o BIS como um novo tratamento para parar de fumar, mas apenas relatar este efeito colateral incomum que alguns pacientes apresentaram no nosso estudo.

Apresentação: Vídeo Livre

006 - HÉRNIA INTERNA DE ANEL NO PÓS-OPERATÓRIO DE GASTROPLASTIA CAPELLA

TIAGO KUHNIR MARTINS DE OLIVEIRA; ANTONIO CARLOS ROSA DE SENA; FABIANA MATOS BARBOSA CELONI; ANGELO ROSSI DA SILVA CECCHINI; ANNA CAROLINA BOTTI DE OLIVEIRA; FELIPE PEDROTTI LOCATELLI; GERALDO ALBERTO SEBEN

RESUMO

Compilação de vídeos de cirurgias em pacientes no pós-operatório de gastroplastia capella que desenvolveram hernia interna no anel.

Área CIRURGIA COLOPROCTOLÓGICA

Apresentação: Tema Livre

007 - CURVA DE APRENDIZAGEM EM LAPAROSCOPIA COLORRETAL COM PREDOMÍNIO DE NEOPLASIA E USO DE TESOURA MONOPOLAR

JULIANO ALVES FIGUEIREDO; MATHEUS MATTACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER; RAMON PIRES MARANHÃO; PAULA MENDONÇA PIMENTA FERREIRA; GUILHERME SOUZA SARMENTO VALENTE; SEBASTIÃO RODRIGO ROCHA ALMEIDA; MARCOS WANDERLEY CAMPOS REIS

RESUMO

Introdução: A aprendizagem da operação laparoscópica colorretal exige a participação do cirurgião em um número mínimo de operações, com o objetivo de diminuir as taxas de conversões e diminuir as complicações intra e pós-operatórias. Houve nessa curva de aprendizagem predomínio de casos com neoplasia e uso de tesoura monopolar em boa parte dos casos. Somente foram considerados casos em que houve ressecção de segmento do cólon ou reto. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi avaliar se o uso de tesoura monopolar influencia na taxa de conversão nos primeiros 50 casos de operação laparoscópica colorretal. **Pacientes e Métodos:** Avaliou-se os 50 primeiros casos de ressecção de cólon ou reto realizados por equipe única de cirurgiões. Separou-se o índice de conversão dos pacientes submetidos a operação com tesoura monopolar e tesoura ultrassônica. **Resultados:** Cinco conversões ocorreram com tesoura monopolar e quatro conversões ocorreram com tesoura coaguladora ultrassônica. Noventa por cento dos pacientes foram oncológicos e o índice de conversão total foi 18%. As causas mais comuns destas foram sangramento não controlável, não identificação de estruturas retroperitoneais,

mesocólon espesso e problema no material laparoscópico. A operação mais realizada foi a ressecção anterior alta. **Discussão e conclusão:** O uso de tesoura monopolar não foi um fator determinante para a conversão laparoscópica, mas um fator limitante na indicação de pacientes obesos. Este estudo mostrou que é possível atravessar a curva de aprendizagem em operação laparoscópica do cólon e reto mesmo com pouca disponibilidade de tesoura coaguladora. Sugere-se buscar-se algumas estratégias como excluir pacientes com fatores de risco evidentes para conversão, supervisão com cirurgião mais treinado nos casos mais difíceis como reto médio e cólon transversal, participação em cursos "Hands On" e muita motivação por parte da equipe cirúrgica.

Apresentação: Tema Livre

008 - BOLSA ILEAL POR ACESSO VIDEOLAPAROSCÓPICO. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS OPERATÓRIOS IMEDIATOS

FÁBIO GUILHERME C. M. CAMPOS; SÉRGIO EDUARDO ARAÚJO; THOMAS AUGUSTO TAKA; VÍCTOR EDMOND SEID; SÉRGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO

RESUMO

Introdução: Proctocolectomias por videolaparoscopia (VL) constituem procedimentos complexos e controversos. **Objetivos:** avaliar os resultados da confecção de bolsa ileal por VL. **Métodos:** Analisaram-se prospectivamente os resultados de 25 pacientes entre 2003 e 2010. **Resultados:** foram operados 19 com polipose adenomatosa familiar (PAF) e 6 com retocolite ulcerativa (RCU), representados por 8 (32%) homens e 6 (68%) mulheres, com idade média de 26 anos. Houve média etária menor entre os doentes com PAF (24 vs. 31 anos), maior proporção de mulheres com RCU (83% vs. 17%) e distribuição similar de pacientes com câncer colorretal (21% vs. 17%). O tempo operatório médio foi de 318 minutos, sendo menor entre os pacientes com PAF (299 vs. 376 minutos). Registraram-se complicações em 7 doentes (28%), com maiores índices de morbidade na RCU (3; 50% vs. 4; 21%). Reoperações precoces foram necessárias em 3 doentes com PAF (12%). Não houve óbitos. Transfusão sanguínea foi necessária em apenas um doente (4%) com RCU. O tempo médio para alta hospitalar foi de 7.3 dias (5-13), sendo maior na RCU (9.3 vs. 6.7). **Conclusões:** 1) quando realizadas por equipes experientes, a confecção de proctocolectomias com bolsa ileal VL é segura e provê excelentes resultados operatórios, com baixa morbidade-mortalidade, pequeno risco de reoperações e alta precoce; 2) além dessas vantagens, o fator cosmético assume importância fundamental nessa população jovem; 3) o tratamento da RCU está associado a procedimentos operatórios mais longos e com maior morbidade; 4) são necessários estudos randomizados para comparar sua real eficácia frente aos procedimentos convencionais.

Apresentação: Tema Livre

009 - PROTOCOLO DE ANESTESIA GERAL EM SUÍNOS, COM INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL E VENTILAÇÃO

JULIANO ALVES FIGUEIREDO; PAULA MENDONÇA PIMENTA FERREIRA; GUILHERME S S VALENTE; MATHEUS MMM DE MEYER; BRUNO PINTO AMORIM; ANDRE LAGES DO VALE; ANDY PETROIANO

RESUMO

Resumo Introdução: Este estudo visa mostrar um protocolo de sedação, indução e anestesia geral com ventilação espontânea, em suínos seguro em procedimentos laparoscópicos para o in-

testino grosso. Objetivo: Mostrar o resultado de pH sanguíneo, gás carbônico e bicarbonato, em suínos após 2h do término de anestesia geral com ventilação espontânea, posição de Trendelenburg e pneumoperitônio de 10mmHg. Pacientes e método: O experimento foi realizado em 25 suínos fêmeas, peso médio de 16 kg, idade aproximada de 10 semanas. A sedação foi realizada com as medicações ketamina, midazolam e meperidina, intramuscular. A indução da anestesia foi realizada com propofol e a manutenção da anestesia, associada a ventilação espontânea, com isoflurano enriquecido com oxigênio. Grupo A: Grupo controle, animais não submetidos a procedimento operatório. Grupo B : cinco animais submetidos a laparotomia e colectomia esquerda . Grupo C: cinco animais submetidos a laparotomia sem colectomia. Grupo D : cinco animais submetidos a colectomia esquerda laparoscópica. Grupo E: cinco animais submetidos a laparoscopia sem colectomia. Avaliou-se em todos os grupos: gasometria venosa (pH, PCO₂, HCO₃), íons, hemoglobina, hematócrito, função renal e hepática e recuperação clínica. Resultados: A avaliação destas variáveis mostrou que a gasometria e os outros valores hematimétricos foram semelhantes entre os grupos após 2 horas de operação. Na avaliação pós-anestésica, depois de 50 minutos os animais começavam a despertar e após aproximadamente 4 horas já havia deambulação, alimentação e micção espontânea. Conclusão: Este protocolo se mostrou fácil, seguro e adequado para suínos submetidos a laparoscopia e colectomia parcial. A colectomia esquerda laparoscópica realizada com ventilação espontânea não induz acidose metabólica, ainda que este acesso operatório seja relacionado a maior tempo operatório e pressão intra-abdominal aumentada. Este protocolo é de interesse para pesquisadores que desejam seguir os animais de experimentação por tempo mais prolongado, isto é, aqueles animais que não serão mortos no dia do ato operatório.

Apresentação: Vídeo Livre

010 - EXENTERAÇÃO PÉLVICA TOTAL MASCULINA POR LAPAROSCOPIA, COMBINADA COM COLOSTOMIA ÚMIDA PARA TRATAMENTO DE TUMOR DE RETO BAIXO LOCALMENTE AVANÇADO

JULIANO FIGUEIREDO; BRUNO ZIMMERER; GUSTAVO MARELLI; GUILHERME SOUZA SARMENTO VALENTE; PAULA FERREIRA; ANDRÉ BARRAGAT; MARCOS REIS

RESUMO

O tumor de reto localmente avançado e sem metástases à distância, merece tratamento cirúrgico radical, para controle da doença. A colostomia úmida é um recurso alternativo para reconstrução conjunta do trato digestivo e urinário. Apresenta-se um caso de paciente de 52 anos, com tumor de reto baixo e que não tolerou neoadjuvância. À ressonância nuclear magnética de pelve, notou-se invasão de próstata e musculatura anal. O paciente foi submetido à exenteração pélvica total e amputação ano-perineal. A colostomia úmida foi realizada extracorpórea com aumento da incisão de fossa ilíaca esquerda. Todo o procedimento foi realizado com tesoura monopolar. Após 6 meses de pós-operatório o paciente recebeu adjuvância, o CEA mantém-se baixo e houve ganho ponderal de 15 Kg. Para cirurgias de ressecção de múltiplos órgãos, é necessário equipe altamente treinada em ressecções laparoscópicas

Apresentação: Vídeo Livre

011 - COLECTOMIA DIREITA E ESQUERDA POR VIDEOLAPAROSCOPIA

FERNANDO ATHAYDE V. MADUREIRA; JOSÉ ANTONIO DIAS DA CUNHA E SILVA; RENATO MANGANELLI SALOMÃO; FLAVIO MALCHER; RICARDO LIMA; MARCOS VALADÃO; ANTONIO CARLOS IGLESIAS

RESUMO

Objetivos: O presente vídeo tem como objetivo demonstrar a técnica operatória assim como os reparos anatômicos da colectomia videolaparoscópica realizadas no HUGG-UNIRIO. Métodos: Será demonstrado vídeo editado com qualidade de DVD em alta resolução, com a padronização cirúrgica e a abordagem transmesocólica, da Íleo-Colectomia direita e da Colectomia esquerda e da Retossigmoidectomia, realizados de rotina no HUGG da UNIRIO. Técnica esta que respeita os planos anatômicos embriológicos. Estão inseridas ilustrações dos principais vasos e sua drenagem linfonodal, para efeito didático

Apresentação: Vídeo Livre

012 - DUPLO GRAMPEAMENTO DISCÓIDE NO TRATAMENTO DE ENDOMETRIOSE INTESINAL

CLAUDIA MARIA VALE JOAQUIM; CLAUDIO CRISPI; PAULO SÉRGIO REIS DA SILVA JUNIOR; FLAVIO MALCHER DE OLIVEIRA

RESUMO

Paciente portadora de endometriose profunda com acometimento de junção retossigmoideana anterior com cerca de 5,0 cm de extensão, sendo submetida à duplo grampeamento discóide com ressecção de 6,0 cm de diâmetro.

Apresentação: Vídeo Livre

013 - AMPUTAÇÃO DE RETO CILÍNDRICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA. ASPECTOS TÉCNICOS E VANTAGENS

FÁBIO GUILHERME C. M. CAMPOS; RODRIGO DUMARCO; VÍCTOR EDMOND SEID; SÉRGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO

RESUMO

AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL DE RETO CILÍNDRICA POR ACESSO VIDEOLAPAROSCÓPICO. Background: Apesar de altamente desejável, razões de ordem oncológica ou mesmo dificuldades técnicas não raramente contra indicam operações de conservação esfinteriana no tratamento cirúrgico do câncer do reto distal. A expectativa de realizar a amputação abdominoperineal de reto por acesso videolaparoscópico deu impulso à necessidade de oferecer a cirurgia minimamente invasiva aos pacientes que serão futuros portadores de colostomia definitiva. Entretanto, as operações de amputação estão associadas a maior índice de recidiva pélvica quando comparadas às operações de ressecção anterior. Atribui-se este fato ao possível afunilamento da dissecação do reto na pelve. Métodos: são apresentados os aspectos técnicos da amputação abdômino-perineal do reto realizada pela técnica cilíndrica. Neste procedimento, após a realização do tempo abdominal da operação, o paciente é colocado em decúbito ventral para dissecação perineal do reto, ao contrário da ressecção convencional em que o paciente permanece na mesma posição. O objetivo deste acesso é melhorar a dissecação do reto ao nível da musculatura dos elevadores. Resultados: a operação teve duração aproximada de 4 horas. Não ocorreram complicações intra ou pós-operatórias precoces. O paciente recebeu alta hospitalar no 5º PO. Após seguimento de 5 meses, não houve recidiva tumoral ou complicações tardias como hérnia perineal ou obs-

trução intestinal. Os autores acreditam que a amputação de reto cilíndrica é procedimento exequível, onde a dissecação do reto obedeceu aos preceitos oncológicos como resultado aparente de excelente exposição sob visão laparoscópica. Apresenta também a vantagem de proporcionar visualização direta da cavidade pélvica e uma dissecação mais ampla do mesorreto. Como uma técnica nova ainda em apreciação, aguardam-se os resultados de estudos prospectivos que possam demonstrar suas vantagens oncológicas.

Apresentação: Vídeo Livre

014 - COLECTOMIA DIREITA LAPAROSCÓPICA POR NEOPLASIA DE CECO

ANTONIO MORIS CURY FILHO; CHRISTIANO CLAUS; MARCELO LOUREIRO; EDUARDO BONIN; DANIELLSON DIMBARRE; SAIMON MARCANTE; PEDRO TRAUZYNSKI

RESUMO

Paciente com neoplasia de ceco, lesão tatuada no pré-operatório por colonoscopia. O vídeo mostra os tempos principais da colectomia direita com ligadura na origem dos vasos ileo-cólicos e dissecação de medial para lateral do mesocolon. Utiliza-se uma gaze para auxiliar na identificação dos planos e liberação do ângulo hepático do colon. A peça é extraída por cicatriz umbilical em omega que permite um maior campo para realizar anastomose extracorpórea. Relaparoscopia para hemostasia e fechamento da brecha mesentérica.

Área CIRURGIA GERAL

Apresentação: Poster

015 - LIGADURA DE SUBCLÁVIA ESQUERDA POR TORACOSCOPIA

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; CÍCERO RODRIGUES PAIVA ALENCAR; ADRIANO DE CARVALHO SALES; RAFAELA LOPES PEREIRA GOUVEIA; CAMILA CAIRES ALVINO; LEIDIANNY FIRMINO COSTA; JOSÉ SÉRGIO NASCIMENTO SILVA

RESUMO

OBJETIVO: Apresentar um caso de dissecação tipo B da aorta, tratado com implante de endoprótese e posterior ligadura de subclávia esquerda por videotoracoscopia. **PACIENTE E MÉTODOS:** ECO, sexo masculino, 55 anos, deu entrada no hospital com queixa de dor torácica de forte intensidade. Foi investigada doença coronariana e logo descartada, sendo diagnosticada uma dissecação de aorta tipo B. A princípio o paciente foi tratado com anti-hipertensivos e medicações analgésicas. Passados três dias de tratamento o paciente persistia com dor forte. Com isso, foi proposto o tratamento cirúrgico. Foi implantada uma endoprótese aórtica no seguimento torácico, ficando a margem proximal da prótese próxima à emergência da artéria inominada, visto que a dissecação envolvia a artéria subclávia e existia uma proximidade muito grande da artéria subclávia com a carótida, o que não permitia a ancoragem da endoprótese a esse nível. Para manter a circulação dessas artérias foi feita uma ponte carótido-carotídeo, carótido-subclávia e em seguida a ligadura das artérias carótida e

subclávia proximalmente. O limite distal da endoprótese ficou na transição tóraco-abdominal. Inicialmente, o paciente permaneceu bem, mas evoluiu com hipertensão arterial. Após estudo da artéria renal, detectou-se uma estenose importante desta artéria, que foi tratada com angioplastia e dilatação com balão. Paciente evoluiu bem, reduziu-se a administração de drogas anti-hipertensivas, porém, passados alguns meses ele desenvolveu um vazamento tipo 2: um enchimento da artéria subclávia. De imediato, pensou-se que a ligadura tivesse ficado "frouxa", mas a angiografia mostrou que a artéria vertebral se enchia antes da ligadura. Tentou-se fechar essa artéria, mas a abordagem subclavicular que já havia sido feita impusera uma dificuldade muito grande por conta de fibrose da cirurgia anterior. O paciente foi então submetido a uma videotoracoscopia que mostrou pulmão aderido ao arco aórtico, o qual se encontrava dilatado e dificultava a chegada do material de vídeo. Foi realizado isolamento da artéria subclávia esquerda com seguida ligadura com clip hemolock nº 400, sutura das feridas com Vicryl 2-0, revisão de hemostasia e término do procedimento. No pós-operatório, o paciente evoluiu instável com permanência do vazamento. Por fim, decidiu-se entrar com um cateter pela artéria femoral e através dele embolizar a região que ainda apresentava o vazamento. O paciente evoluiu bem e recebeu alta hospitalar assintomático. **CONCLUSÃO:** A ligadura da artéria subclávia esquerda por videotoracoscopia mostrou-se um procedimento seguro, pois foi realizada sem intercorrências com o paciente estável ao fim do procedimento. Porém, no caso apresentado o paciente precisou submeter-se a uma posterior embolização da artéria subclávia para obter melhora clínica.

Apresentação: Poster

016 - TROCÁTERES DE 2 E 3MM SEM VÁLVULA E MEMBRANA DE VEDAÇÃO SÃO VIÁVEIS?

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; ADRIANO DE CARVALHO SALES; IANELE BRAGA VILELA DE MELO; FERNANDA KARLA PEREIRA DE MIRANDA; CAMILA CAIRES ALVINO; LEIDIANNY FIRMINO COSTA; EVERTON LUIZ TORRES TENÓRIO

RESUMO

INTRODUÇÃO: O presente estudo tem como finalidade verificar a viabilidade do uso de novos modelos de trocâtes de Minilaparoscopia que não possuem válvula ou membranas de vedação e por conseguinte têm melhor razão de fricção dinâmica. Sabe-se que com um menor atrito diminui-se o "stress" dos movimentos cirúrgicos e aumenta-se a precisão dos mesmos. Havia um questionamento se a falta de válvula e membrana de vedação inviabilizaria o uso dos trocâtes em virtude do grande escape de gás. **MÉTODO:** Foram realizados dois experimentos: A) In Vitro – A perda de gás foi aferida em um sistema fechado. O sistema era composto por um insuflador (15 l/min), uma bola plástica e pelos trocâtes de 2 e 3mm, obliterados pelas respectivas pinças. As pressões utilizadas foram de 10, 12 e 15 mmHg, nessa ordem. Cada teste durou 5 minutos e foi repetido 5 vezes. Por fim calculou-se o escape médio por minuto. B – In Vivo: Foram analisados 28 pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica (trocâtes de 5 e 10mm) e minilaparoscópica (trocâtes de 2 e 3mm) no Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife – PE, Brasil. Dividiu-se a média do total de gás perdido durante o procedimento pelo tempo operatório médio. **RESULTADOS:** Experimento A: Observou-se uma diferença significativa entre o vazamento do trocâter de 2mm e o de 3mm em todas as pressões testadas. Quando submetido a uma pressão de 12mmHg o trocâter de 2mm apresentou um escape médio de 0,09l/min contra 0,49l/min do de 3mm. O menor escape aconteceu a 10mmHg: 0,08l/min (2mm)

contra 0,44l/min (3mm). A 15mmHg, a perda foi de 0,11l/min pro trocâter de 2mm contra 0,52l/min pro trocâter de 3mm. Como previsto, pressão e escape se mostraram diretamente proporcionais. Experimento B: O tempo operatório médio da colecistectomia laparoscópica foi de 34,9 minutos e a média do gás perdido foi de 123,35 litros, resultando numa perda de 3,53 l/min. Já o tempo médio da minilaparoscópica foi de 25,8 min e um escape médio de gás de 95,7 litros, conferindo um vazamento de 3,71 l/min. **CONCLUSÃO:** Foi demonstrado que os trocâteres de 2 e 3mm sem válvula e membrana de vedação são viáveis. Os experimentos realizados mostraram que o escape de gás não difere muito dos tradicionais trocâteres de 6mm com válvula. Além disso, a ausência de membrana de vedação confere um menor atrito e uma maior precisão aos movimentos cirúrgicos.

Apresentação: Poster

017 - EVISCERAÇÃO INTESTINAL PELO PORTAL UMBILICAL PÓS COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

BRANSILDES BARCELLOS TERRA; BRUNO DE FREITAS BELEZIA; ESTEVÃO FERREIRA LEITE; MARCELO DE MEDEIROS CHAVES FRANÇA; BRUNO CARLO VIEIRA LEMOS; FREDERICO ALEXANDRE ALVES DE MEDEIROS; ALESSANDRO LEVINDO DE BARROS

RESUMO

Introdução: A colecistectomia videolaparoscópica (cvl), introduzida no final da década de 80 do século xx, tornou-se gradualmente o método de eleição para o tratamento das doenças da vesícula biliar. O conhecimento das diferentes complicações deste procedimento é de extrema importância para o cirurgião. A evisceração por portais de videocirurgia é rara. Quadros de eventração são mais comuns e quando descritos geralmente estão associados a desnutrição e má técnica cirúrgica, podendo ocorrer também em pacientes oncológicos, com idade avançada, após traumas e em indivíduos imunodeprimidos. Relatamos um caso de evisceração bem documentado, de diagnóstico relativamente precoce em paciente previamente hígido com idade avançada. **Relato de caso:** Paciente grs, 95 anos, masculino, admitido no hospital municipal odilon behrens no 15º dia pós operatório (dpo) de cvl por colecistite litíase aguda realizada em outro serviço. Fez uso de amoxicilina-clavulanato na ocasião. Estava apresentando boa evolução, mas iniciou quadro de dor abdominal súbita de cerca de 12 horas de evolução associado a evisceração intestinal pela ferida operatória. Apresentou dois episódios de vômitos neste período com intensa agitação psicomotora. Na admissão apresentava-se ansioso, desidratado, hipocorado, estável hemodinamicamente. Ferida operatória do portal umbilical eviscerada com alça de delgado apresentando sinais de isquemia e necrose. **História prévia:** Negava comorbidades, fazia uso regular de sertralina para transtornos do humor. Negava cirurgias prévias a cvl. Tabagista leve, não fazia uso de bebidas alcoólicas. Iniciada antibioticoterapia com cefepime e amicacina segundo protocolo da ccih do hospital e levado ao bloco cirúrgico para realização de laparotomia exploradora. Ao inventário da cavidade observado alça de delgado de 20 cm de extensão com sinais de isquemia e necrose a 80 cm da válvula ileocecal sem sinais de peritonite. Macroscopicamente a alça apresentava tumoração pedunculada subserosa de 5 cm de comprimento. Realizada enterectomia segmentar com anastomose término-terminal. Manteve-se estável hemodinamicamente durante todo o procedimento. Levado ao cti e mantido antibioticoprofilaxia por 24 horas. Liberado dieta oral livre no 3º dpo com boa aceitação.

Recebeu alta hospitalar no 5º dpo, sem intercorrências. No retorno ambulatorial no 13º dpo, paciente mantinha bom estado geral, ferida operatória de bom aspecto sem sinais de eventração ou outras anormalidades com retorno progressivo as atividades habituais. **Anatomopatológico da peça:** Processo inflamatório inespecífico do intestino delgado com necrose tecidual. Lesão pedunculada identificada macroscopicamente foi compatível com lipoma sem sinais de malignidade. **Conclusão:** A cvl é um procedimento com baixo índice de complicações. O acompanhamento pós operatório é de fácil realização e de fundamental importância. Desta forma é possível detectar alterações precocemente otimizando o prognóstico do paciente.

Apresentação: Poster

018 - COMPLICAÇÃO CIRÚRGICA DE ESOFAGOMIOTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM PACIENTE COM ACALÁSIA JÁ SUBMETIDO A ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS COM APLICAÇÃO DE TOXINA BOTULÍNICA E DILATAÇÃO PNEUMÁTICA

RICARDO RIBAS DE ALMEIDA LEITE; ALEXANDRE MIRANDA DUARTE; BALTAZAR DE ARAÚJO FERNANDES

RESUMO

A Acalásia é classificada como um distúrbio primário da motilidade esofageana. Consiste em doença neuromuscular provocada pela destruição de fibras do parassimpático e perda do plexo de Auerbach. Muitos autores a classificam como uma condição pré-maligna já que em 20 anos 8% dos casos evoluem para neoplasia de esôfago, tanto de células escamosas (principalmente) quanto adenocarcinoma. Acomete igualmente os sexos na faixa etária de 25 a 60 anos (maioria antes dos 40 anos) e sua prevalência é de 6 para cada 100.000 indivíduos. Alguns dos fatores etiológicos descritos são: stress emocional, trauma, redução drástica de peso e, principalmente, em nosso meio, doença de Chagas. O tratamento é sempre paliativo sendo ele clínico, endoscópico, cirúrgico ou combinado. O caso relatado é de um paciente do sexo masculino, 56 anos, com diagnóstico de acalásia desde 2008 submetido a diversas modalidades de tratamento como: antagonista de canal de cálcio, EDA com injeção de toxina botulínica e EDA com dilatação pneumática. Todos com insucesso. Após seu devido estadiamento pré-operatório foi submetido a esofagomiotomia a Heller com funduplicatura a Dor por videolaparoscopia. Em 48h de pós operatório evolui com perfuração esofágica no trajeto da miotomia após episódios de vômitos, evoluindo com mediastinite e peritonite e submetido a laparotomia com esofagectomia transhiatal, esofagostomia cervical, jejunostomias descompressiva e alimentar. Realizou PO em CTI e enfermaria com suporte nutricional, ATB IV de amplo espectro por 21 dias e recebeu alta no 34º DPO com programação de reconstrução posterior do trânsito. **DISCUSSÃO:** Múltiplos estudos sugerem que tanto a dilatação quanto Botox por EDA no pré-operatório resultam em pior evolução da miotomia e a fibrose pode levar a miotomia insuficiente ou a perfuração da mucosa, fatores estes que podem ter contribuído para a evolução desfavorável deste paciente.

Apresentação: Tema Livre

019 - PERFIL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES PORTADORES DE HIPERIDROSE PRIMÁRIA E O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA APÓS SIMPATECTOMIA TORACOSCÓPICA

SONIA OLIVEIRA LIMA; YASMIN GAMA ABUAWAD; ALOISIO FERREIRA PINTO NETO; VANESSA ROCHA DE SANTANA; MARCO ANTONIO PRADO; SYLVIA PEREIRA GURGEL; FRANCISCO PRADO REIS

RESUMO

Objetiva-se estudar o perfil de crianças e adolescentes portadores de hiperidrose crânio-facial, palmar e axilar, a qualidade de vida declarada antes e após simpatectomia toracoscópica, a segurança e eficácia desse tratamento cirúrgico. Estudo observacional, longitudinal com abordagem por conveniência de 139 crianças e adolescentes que procuraram atendimento médico em uma clínica privada na cidade de Aracaju no período outubro de 2002 a fevereiro de 2011. Considerou-se crianças os pacientes com faixa etária até 10 anos e adolescentes de 10 a 19 anos (OMS). Avaliou-se a primeira consulta, o per operatorio e o pós operatorio imediato e tardio, mediante questionários validados de hiperidrose e de qualidade de vida declarada antes, utilizando-se score de 1 (muito ruim), 2 (ruim), 3 (regular), 4 (boa) e 5 (muito boa) e após simpatectomia toracoscópica com score de 1 (muito pior), 2 (um pouco pior), 3 (quase a mesma), 4 (um pouco melhor) e 5 (muito melhor). O estudo foi aprovado pelo comitê de ética sob o número 270609. As cirurgias foram realizadas mediante toracoscopia bilateral com ressecção dos gânglios simpáticos T2 (facial e palmar), T3 e T4 (axilar). A análise descritiva dos dados foi realizada através das frequências absolutas e relativas, além de médias, medianas e desvios padrões. A análise inferencial mediante teste do qui-quadrado para variáveis categóricas e teste t de Student para as contínuas. Considerou-se significativo $p < 0,005$. Analisou-se 73 prontuários de pacientes do gênero feminino e 66 do masculino. A cor branca ocorreu em 111, a parda em 27 e a negra em 1 paciente. O início dos sintomas ocorreu na infância em 111 e na adolescência em 28 pacientes. A idade variou de 6 a 19 anos com média de 15,7. A história familiar da doença ocorreu em 54, foi negado em 2 e 39 não souberam informar. A hiperidrose palmar ocorreu em 131, a axilar em 73 e a craniofacial em 3 pacientes. A qualidade de vida antes da cirurgia em relação à hiperidrose foi declarada por todos os pacientes como muito ruim (62,9%) e ruim por 37,1%. Depois da cirurgia foi declarada como muito melhor em 84,9%, um pouco melhor 13,7% e apenas 1,5% não relataram modificação. Houve sucesso no pós- operatorio imediato em 100% dos casos de palmar e axilar em 88,9% do facial. Não houve mortalidade. A sudorese compensatória ocorreu em 64,2%, sendo leve em 40%, moderada em 51,7% e intensa em 8,3%. Conclui-se que a hiperidrose surge nos primeiros anos de vida, tem forte história familiar e que a simpatectomia toracoscópica é segura, eficaz e melhora significativamente a qualidade de vida dos pacientes operados.

Apresentação: Tema Livre

020 - CARDIOPLASTIA COM GASTRECTOMIA EM Y DE ROUX NO MEGASÔFAGO AVANÇADO OU NAS FALHAS DA ESOFAGOCARDIOMIOTOMIA

RENAM CATHARINA TINOCO; AUGUSTO CLÁUDIO ALMEIDA TINOCO; RODOLFO ANDRADE TORRES; GUILHERME BARROCAS; JEHOVAH GUIMARÃES TAVARES; ÁBIA LACERDA PEROBA; TARIANNA RIBEIRO SANTOS

RESUMO

OBJETIVO: Mostrar a experiência do serviço com o tratamento da acalasia e principalmente mostrar a conduta nos casos de acalasia com grande dilatação e nas falhas da operação de Heller. MÉTODO: Entre 1993 a 2011, 86 pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico da acalasia: 67 foram tratados com cirurgia de Heller, 4 com esofagectomia com esofagostomia cervical e 15 foram submetidos a cardioplastia com vagotomia e gastrectomia

com reconstrução em Y de Roux (Serra Dória). RESULTADOS: Todos os pacientes tiveram sua cirurgia concluída por laparoscopia, com boa evolução pós-operatória e permanecendo de 3 a 8 dias no hospital. DISCUSSÃO: A cardioplastia associada à vagotomia troncular com hemigastrectomia em Y de Roux, por laparoscopia, embora ainda com pequeno número de casos, demonstrou-se, em nossa experiência, tratar-se de um procedimento sem complicações. Apesar de levar a maiores gastos pelo uso de grameadores, acreditamos ser o custo desse material compensado pela alta precoce e mais rápido retorno ao trabalho. CONCLUSÕES: Os resultados pós-operatórios com a operação de Serra Dória foram excelentes, mas outros estudos deverão ser realizados para confirmar nossos resultados.

Apresentação: Tema Livre

021 - ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DE PORTADORES DE HIPERIDROSE PRIMÁRIA PLANTAR E O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA APÓS SIMPATECTOMIA LOMBAR RETROPERITONIOSCÓPICA

SONIA OLIVEIRA LIMA; GLEIDE MARIA GATTO BRAGANÇA; ALOISIO FERREIRA PINTO NETO; KAROLINE GUEDES MESQUITA SALVIANO; VANESSA ROCHA SANTANA; MARCO ANTONIO PRADO NUNES; FRANCISCO PRADO REIS

RESUMO

Objetiva-se com este trabalho avaliar a existência de transtornos de âmbitos psicossocial em portadores de hiperidrose plantar e o impacto na qualidade de vida declarada pós simpatectomia lombar retroperitonioscópica bilateral. Trata-se de um estudo longitudinal analítico utilizando questionário de ansiedade e depressão e de qualidade de vida validados e adaptados para portadores de hiperidrose primária plantar que procuraram tratamento em consultório médico no período de outubro de 2007 a fevereiro 2011. Foram incluídos os pacientes que aceitaram participar da pesquisa após assinarem o termo livre e esclarecido. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética sob o número 270609. As cirurgias foram realizadas sob anestesia geral, em decúbito dorsal, mediante retroperitonioscopia bilateral com ressecção dos gânglios simpáticos L2 e L3. A análise descritiva dos dados foi feita através das frequências absolutas e relativas, além de médias, medianas e desvios padrões. A análise inferencial foi realizada por meio do teste qui-quadrado para variáveis categóricas e teste t de Student para as contínuas. Considerou-se significativo $p < 0,05$. Nesse período avaliou-se 40 pacientes atendidos e operados pela mesma equipe médica. Verificou-se que 54,28% dos pacientes apresentavam ansiedade sendo leve em 42,8%, moderada em 5,7% e grave 5,7%. Em relação a depressão observou-se que ocorreu em 14% dos entrevistados, sendo leve 5,7%, moderada 5,7% e grave 2,8%. A qualidade de vida declarada antes da cirurgia, em relação a sudorese plantar com ou sem bromidrose foi considerada como ruim (62%) e muito ruim (38%), e depois da cirurgia como muito melhor (96%) e um pouco melhor (4%). Concluiu-se que a existência de ansiedade foi maior do que de depressão nos portadores de hiperidrose plantar e que a simpatectomia lombar retroperitonioscópica melhorou significativamente a qualidade de vida desses pacientes.

Apresentação: Tema Livre

022 - QUALIDADE DE VIDA APÓS A CARDIOMIOTOMIA À HELLER-DOR

FERNANDO ATHAYDE V. MADUREIRA; FÁBIO AV. MADUREIRA; EMANUELLE BLANCO; ANGELO LOSS; DELTA MADUREIRA FILHO

RESUMO

Objetivos: Avaliar os resultados da cardiomiectomia de Heller associada à funduplicatura de Dor por Laparoscopia (HDL) no tratamento cirúrgico da acalásia do esôfago, através de escores de qualidade de vida e dados da esofagomanometria. **Métodos:** Foram estudados retrospectivamente 60 pacientes operados por acalasia do cárdia, de 2001 a 2007, sendo analisadas no pré-operatório as características desta população e os resultados das provas diagnósticas. Aplicamos um escore de disfagia e de qualidade de vida no pré e pós-operatório e realizamos o estudo do comportamento da pressão do esfíncter esofageano inferior (Peei) no pré e pós-operatório de todos os pacientes. **Resultados:** Eram 37 do sexo feminino e 23 do masculino. A idade média foi 41,08 anos (12 a 87). Não houve mortalidade cirúrgica, nem conversões. Tempo médio de início da dieta foi de 1,6 dias. Considerado resultado excelente em 80% da série, resultados intermediários em 20%. A média do escore de disfagia no pré-operatório foi de 9,03 pontos e a média de pós, foi de 1,7 pontos (máximo de 10 pontos), $p=0,0001$, sendo observada queda entre pré e pós-operatório de 7,33 pontos, 81,17%. A média da Peei no pré-operatório foi de 32,41 mmHg e no pós 12,7 mmHg. **Conclusão:** A cirurgia HDL é procedimento seguro de ser realizado e apresentou bons resultados, sendo capaz de modificar os escores de qualidade de vida subjetivos, e os dados objetivos da Peei, de forma significativa. **Descritores:** Acalasia esofágica. Qualidade de vida. Laparoscopia. Funduplicatura.

Apresentação: Tema Livre**023 - ASPECTOS TÉCNICOS DA COLECISTECTOMIA COM INCISÃO ÚNICA TRANSUMBILICAL**

FERNANDO ATHAYDE V. MADUREIRA; FÁBIO AV. MADUREIRA; RENATO MANGANELLI SALOMÃO; RICARDO COTTA PEREIRA; ANTONIO CARLOS IGLESIAS; DELTA MADUREIRA FILHO; JOSÉ EDUARDO FERREIRA MANSO

RESUMO

Objetivos: A presente nota tem como objetivo descrever a viabilidade, factibilidade e as soluções cirúrgicas para a realização padronizada da colecistectomia videolaparoscópica com acesso único via transumbilical. **Métodos:** Em Nov. de 2008 foi desenvolvido protótipo plástico cônico para uso em caixa preta com pinças fletidas. Em julho de 2009 foi aprovado no Programa de pós Graduação em Ciências Cirúrgicas da UFRJ o trabalho Colecistectomia Videolaparoscópica (CVL-C) X Colecistectomia Videolaparoscópica a Single Port (CVL-SP) Aprovado pelo CEP do HUCFF, pelo parecer nº 196/96. Iniciada a esta época a fase de adaptação à técnica. Com a liberação pelas agências de regulação de portais de trabalho iniciou-se o uso dos mesmos. Com a familiaridade da técnica foi desenvolvida padronização cirúrgica própria. **Resultados e Evolução Técnica:** Operados 28 pacientes utilizando diferentes configurações de portal, ótica (5 e 10 mm), clipador (5 e 10 mm), quantidade de instrumental no portal assim como tipo de instrumental. O tempo cirúrgico e a operabilidade tem mudanças drásticas dependendo da plataforma e padronização utilizada. Serão descritos didaticamente os sucessos e insucessos com os resultados específicos de cada configuração. **Conclusões:** A Colecistectomia a Single Port é procedimento factível e viável, com pouca aquisição em relação ao instrumental de vídeo já implantado nos hospitais gerais. A padronização desenvolvida tem baixo custo e operabilidade semelhante à colecistectomia videolaparoscópica.

Apresentação: Tema Livre**024 - IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES SUBMETIDOS À CORREÇÃO LAPAROSCÓPICA DA DRGE**

SÔNIA OLIVEIRA LIMA; ALOISIO FERREIRA PINTO NETO; VANESSA ROCHA SANTANA; YASMIN GAMA ABUAWAD; KAROLINA GUEDES MESQUITA SALVIANO; FLÁVIO LUIZ DÓSEA CABRAL; RICARDO LUIZ CAVALCANTI ALBUQUERQUE JUNIOR

RESUMO

Objetiva-se avaliar as implicações na qualidade de vida (QV) dos pacientes submetidos à cirurgia laparoscópica da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). Trata-se de um estudo descritivo de corte longitudinal aos 8, 30, 60, 90, 180 dias e anualmente em 57 pacientes operados de janeiro/1998 à março/2010, mediante protocolo. As avaliações da QV antes da cirurgia foram realizadas por meio de perguntas: excelente, muito boa, boa, ruim e muito ruim. Comparou-se a QV do período pós-operatório (PO) em relação a antes da cirurgia mediante a classificação de muito melhor, um pouco melhor, quase a mesma, um pouco pior, muito pior. Foram submetidos à laparoscopia 37 (64,9%) indivíduos do gênero feminino e 20 (35,1%) do masculino. As idades variaram de 28 a 66 anos (média de 47,7). Todos tinham DRGE sintomática e receberam tratamento clínico prévio destacando-se inibidores de bomba de prótons (IBP), associado a medidas comportamentais, sem resolução permanente dos sintomas. No pré-operatório os principais achados foram: pirose (74,4%), regurgitação (59,5%), dor torácica não cardíaca (36,1%), globus histericus (31,9%), halitose (27,6%), tosse crônica (23,4%) e rouquidão (17,0%). Na EDA observou-se esofagite em todos pacientes e Barrett em 7 (12,3%). Antes da cirurgia a QV foi relatada como: excelente (0), muito boa (0), boa 13 (22,8%), ruim em 39 (68,4%) e muito ruim em 5 (8,8%) pacientes. Todos foram tratados através de laparoscopia por uma mesma equipe cirúrgica, mediante hiatorrafias e funduplicaturas à Nissen-Rossetti em 47 (82,4%) e à Guarner em 10 (17,6%) pacientes. Não houve conversão cirúrgica ou mortalidade. Cinquenta e quatro (94,8%) dos pacientes obtiveram cura dos sintomas, enquanto 3 (5,2%) necessitaram de uso esporádico de IBP. Disfagia ocorreu no PO imediato em 45 (79,0%) pacientes, com resolução espontânea em torno de 30 a 60 dias. A QV no PO se apresentou e permaneceu como muito melhor em 44 (77,2%), um pouco melhor em 10 (17,6%) e quase a mesma em 3 (5,2%) pacientes. Conclui-se que a cirurgia é segura e eficaz no tratamento da DRGE. A disfagia é comum, mas transitória. Houve melhora persistente e significativa na qualidade de vida dos portadores do refluxo gastroesofágico após o tratamento laparoscópico da DRGE.

Apresentação: Tema Livre**025 - NOVO TROCÁTER PARA MINILAPAROSCOPIA: MENOR FRICÇÃO, MAIOR PRECISÃO DE MOVIMENTOS E MENOR ESTRESSE CIRÚRGICO**

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; ADRIANO DE CARVALHO SALES; RAFAELA LOPES PEREIRA GOUVEIA; DIEGO LAURENTINO LIMA; JOSÉ SÉRGIO NASCIMENTO SILVA; EDUARDO FELIPE DE CARVALHO CHAVES; FLÁVIO AUGUSTO MARTINS FERNANDES JÚNIOR

RESUMO

OBJETIVOS: Apresentar um novo trocáter de 3 milímetros desenvolvido com o intuito de aumentar a precisão dos movimentos e diminuir o estresse cirúrgico durante os procedimentos minilaparoscópicos. Ao reduzir sensivelmente as forças de atrito entre o trocáter e as pinças mini, verificou-se que: 1) O movimen-

to e o deslocamento do trocâter na pele foi diminuído e, consequentemente, a cicatrização da ferida e o resultado estético foi melhor; 2) A precisão dos movimentos durante as tarefas cirúrgicas (sutura, por exemplo) foi melhorada, resultando em menor stress para o cirurgião, reduzindo o tempo de cirurgia. Além disso, diminuiu-se significativamente a possibilidade de, inadvertidamente, o trocâter sair do orifício da pele, o que danifica a mesma, sobretudo depois de várias remoções e reinserções. MÉTODO: O trocâter é produzido pela Karl Storz GmbH, Tuttlingen, Alemanha, e possui com discreta folga o tamanho dos correspondentes instrumentos de 3 mm, o que elimina a necessidade de vedação adicional ou sistema de válvula para evitar perda de gás. O trocâter consiste de uma parte externa, semelhante a uma agulha, mais longa que os tradicionais trocâteres de minilaparoscopia. Sua inserção se encaixa com muita firmeza com um tipo de conector Luer Lock. RESULTADOS: O vazamento de gás por trocâter durante os testes de laboratório foi de 0.2L/min, em média, para uma pressão de 12 mmHg. Durante uma colecistectomia minilaparoscópica o vazamento foi de 1,5L/min (para 3 mini trocâteres), o tempo médio de vídeo foi de 26 minutos e foram utilizados em média 39 litros de gás, a uma pressão de 12mmHg. Se comparado aos trocâteres padrões de minilaparoscopia, com válvula e membrana de vedação, cuja força de atrito é de 2,55N, o novo trocâter mostra uma grande redução, com uma média de apenas 0,13N, enquanto um trocâter padrão de seis milímetros demanda 3.9N, para instrumentos não isolados. CONCLUSÕES: O novo trocâter mostrou minimizado atrito e perda de gás aceitável nos testes de laboratório. Durante uma colelap a perda de gás é bem menor, se comparada a uma realizada com instrumentos do tamanho padrão. O novo trocâter detém potencial para ser um atributo valioso para a minilaparoscopia, sem, com isso, aumentar os custos.

Apresentação: Tema Livre

026 - ELETROCAUTERIZAÇÃO DA ARTÉRIA CÍSTICA É UMA ALTERNATIVA EFICIENTE, SEGURA E CUSTO-EFETIVA NA COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; ADRIANO DE CARVALHO SALES; RAFAELA LOPES PEREIRA GOUVEIA; DIEGO LAURENTINO LIMA; JOSÉ SÉRGIO NASCIMENTO SILVA; EDUARDO FELIPE DE CARVALHO CHAVES; FLÁVIO AUGUSTO MARTINS FERNANDES JÚNIOR

RESUMO

INTRODUÇÃO: A colecistectomia laparoscópica é hoje um dos mais frequentes procedimentos cirúrgicos realizados no mundo. No ínterim desse procedimento, muitas técnicas são aceitas para a ligadura e secção da artéria cística, incluindo desde a utilização de nós cirúrgicos, endoclipes, bisturi harmônico e a eletrocauterização. Embora esta última seja a abordagem mais rápida e menos dispendiosa, muitos não a utilizam por considerarem um método inseguro. Aqui apresentamos nossa experiência utilizando apenas o eletrocautério monopolar para a ligadura e secção da artéria cística, demonstrando que se trata de uma alternativa rápida, segura e custo-efetiva na colecistectomia minilaparoscópica. **MÉTODOS:** Analisamos 1378 pacientes submetidos a colecistectomia por minilaparoscopia de janeiro de 2000 a janeiro de 2011 (78,8% mulheres/média de idade de 46,6 anos). Todos os pacientes eram portadores de colecistite litíase crônica em vários estágios da doença. Alguns princípios básicos são propostos para a eletrocauterização segura: 1-Utilizar cautério controlado eletronicamente com retorno monitorado; 2-Usar energia bipolar ou monopolar mista (30w de corte- 40w de coagulação); 3-Acionar o eletrocautério em pulsos curtos, nunca superiores a 1 segundo; 4-Não usar nenhum clip metálico prévio ao uso do cautério, evitando disseminar energia nas pro-

ximidades do clip; 5-Cauterizar a artéria sempre a uma distância superior a 2 cm das estruturas nobres do pedículo hepático; 6-Utilizar pinça dissectora apreendendo a artéria, em diâmetros superiores a 2 mm. De acordo com os princípios acima, a artéria cística foi cauterizada de forma segura próxima à vesícula biliar e o ducto cístico foi ligado por intermédio de nós cirúrgicos em todos os casos. **RESULTADOS:** O tempo cirúrgico foi em média de 42 min. A média de tempo de internamento foi de 15h. Não houve conversão para cirurgia aberta. Em 3,1% dos pacientes foi necessária conversão para laparoscopia convencional (5 mm). 1,8% dos pacientes apresentaram infecção da incisão umbilical e 0,8% apresentaram hérnia umbilical. Não houve mortalidade, lesões intestinais, hemorragias ou danos ao ducto biliar principal. Houve somente uma reoperação para sutura laparoscópica de ducto de Luschka. **CONCLUSÃO:** Embora seja questionada a segurança da eletrocauterização devido a um possível risco de sangramentos e lesão de tecidos do pedículo, essa não corresponde à nossa experiência. O uso de instrumentos onerosos para a secção ou que demandem mais tempo mostra-se injustificada. Este estudo evidenciou que o uso do eletrocautério para a secção da artéria cística é uma técnica segura, rápida e custo-efetiva sendo a primeira escolha em nosso serviço para pacientes submetidos à colecistectomia minilaparoscópica.

Apresentação: Tema Livre

027 - PREFERÊNCIA DOS PACIENTES ENTRE AS NOVAS TÉCNICAS DE ACESSO CIRÚRGICO MINIMAMENTE INVASIVAS

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; ADRIANO DE CARVALHO SALES; RAFAELA LOPES PEREIRA GOUVEIA; DIEGO LAURENTINO LIMA; JOSÉ SÉRGIO NASCIMENTO SILVA; EDUARDO FELIPE DE CARVALHO CHAVES; REBECA GONÇALVES ROCHA

RESUMO

INTRODUÇÃO: Os recentes avanços em cirurgia laparoscópica apresentaram à comunidade cirúrgica mundial novas abordagens de tratamento cirúrgico e tornaram possível desenvolver novas tecnologias que podem ser estabelecidas em um futuro próximo. No entanto é difícil encontrar na literatura médica artigos que considerem as preferências dos pacientes em relação a estes novos acessos cirúrgicos. **MÉTODO:** O estudo foi baseado em questionário respondido por 135 estudantes de medicina. Havia 73 mulheres, a maioria das pessoas (90%) possuía entre 20 e 29 anos de idade. Antes de responder ao questionário havia breve informação sobre as cinco técnicas disponíveis: cirurgia aberta, laparoscópica, minilaparoscópica, LESS e NOTES. Hipoteticamente o participante seria submetido a uma colecistectomia e deveria escolher entre as abordagens cirúrgicas. A primeira questão estava relacionada com a escolha pelo método aberto, apesar das outras abordagens estarem disponíveis. A segunda perguntava aos participantes se eles considerariam LESS e NOTES como opções, apesar destas técnicas não serem ainda totalmente seguras. Na terceira, eles deveriam classificar, por ordem de suas preferências, os diferentes métodos oferecidos. A quarta questão excluía a cirurgia aberta e a laparoscópica, e perguntava qual era a preferida entre as novas abordagens cirúrgicas minimamente invasivas. A quinta foi sobre a escolha de uma rota específica para NOTES. Na sexta, o entrevistado deveria escolher somente entre LESS e Minilaparoscopia. E a última perguntava qual era o fator mais importante para decidir entre as abordagens cirúrgicas. **RESULTADOS:** No total, 62 participantes consideraram a possibilidade de cirurgia aberta, apesar das outras quatro opções estarem disponíveis. Entre as novas abordagens cirúrgicas (LESS, NOTES e Minilaparoscopia), a mais popular foi Minilaparoscopia que teve a preferência de sessenta e três pes-

soas. Em segundo lugar ficou LESS com 35 escolhas e em terceiro NOTES com 21. Quando apenas LESS e Minilaparoscopia foram as opções possíveis, cem pessoas preferiram Minilaparoscopia, contra 35 que preferiram LESS. Se somente NOTES fosse oferecido, a grande maioria (86 pessoas) optaria pela via oral. A maior parte dos participantes (85,19%) escolheu a segurança como o fator mais importante para tomar uma decisão. Quando foi questionado sobre a segurança do procedimento, cento e dez entrevistados não considerariam NOTES e LESS como opções terapêuticas a menos que estes procedimentos tenham sua segurança e eficácia confirmadas. **CONCLUSÃO:** Dentre as novas abordagens, a minilaparoscopia foi a preferida pelos entrevistados que consideraram a segurança o aspecto mais importante, o que faz inferir que o paciente considera a minilaparoscopia a técnica mais segura.

Apresentação: Tema Livre

028 - HIATOPLASTIA COM TELA BIOSSINTÉTICA NA RECIDIVA PÓS CIRURGIA ANTIRREFLUXO LAPAROSCÓPICA

JEHOVAH GUIMARÃES TAVARES; RENAM CATHARINA TINOCO; AUGUSTO CLÁUDIO DE ALMEIDA TINOCO; LÍVIA RODRIGUES AGUIAR; GUILHERME BARROCAS; PEDRO AUGUSTO RIBEIRO MAY; MARLLUS BRAGA SOARES

RESUMO

INTRODUÇÃO: A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é uma condição clínica comum que acomete cerca de 10% da população adulta, correspondendo a 75% das patologias do esôfago. A cirurgia antirefluxo laparoscópica, descrita em 1991 por Geagea e Dallemagne, foi um avanço significativo no tratamento da DRGE e tem baixo índice de complicações. A recidiva da doença ocorre mais comumente devido a migração intratorácica da valva. O tamanho do hiato é um fator importante que contribui para a reherniação. **RELATO DE CASO:** C.C.A., feminino, 58 anos, procurou o serviço de cirurgia do Hospital São José do Avaí (HSJA – Itaperuna, RJ) com quadro de pirose, regurgitação e dor retroesternal no dia 02/03/2011. Apresentava cirurgia prévia antirrefluxo por laparoscopia há 3 anos. Foram realizados seriografia e tomografia computadorizada de tórax e abdome que demonstraram recidiva da hérnia. Optou-se pela reoperação por laparoscopia com hiatoplastia confeccionada com 3 pontos separados nos pilares, síntese de nova funduplicatura à Nissen com fixação de tela bioossintética (Biodesign) ao redor do esôfago no diafragma com grampos (Protak). O paciente evoluiu sem intercorrências tendo recebido alta no 2º dia pós-operatório e, segue em acompanhamento ambulatorial assintomático. **DISCUSSÃO:** Estudos recentes mostram que hérnias com hiato alargado possuem uma tendência considerável para reherniação pós cirurgia, chegando a taxas de recorrência pós-operatória de 6 a 12 %. Dados atuais apoiam o uso de material protético para o reparo hiatal de rotina nas hérnias grandes e na reoperação para evitar recidiva, e tem provado ser uma forma segura e eficaz para prevenir a recorrência da hérnia hiatal e a migração intratorácica da valva, com baixo índice de complicações.

Apresentação: Tema Livre

029 - PANCREATECTOMIA CORPO CAUDAL POR TUMOR EM GESTANTE

GUILHERME BARROCAS; RENAM CATHARINA TINOCO; AUGUSTO CLÁUDIO DE ALMEIDA TINOCO; LÍVIA RODRIGUES AGUIAR; JEHOVAH GUIMARÃES TAVARES; PEDRO AUGUSTO RIBEIRO MAY; GABRIEL ALVES DA COSTA VASSALLO

RESUMO

Introdução: A pancreatectomia corpo caudal via laparoscópica é uma excelente proposta de tratamento para tumores benignos e pseudocistos intraparenquimatosos. A abordagem é favorecida devido a anatomia local. A gravidez deve, se possível, postergar a cirurgia até atingir o 2º trimestre gestacional para maior segurança materno - fetal. **Relato de Caso:** gestante, 12 semanas IG, primigesta, com quadro de epigastria náuseas. Realizado ultrassonografia de abdome total sem visualização da cauda pancreática. Solicitada ressonância de abdome superior mostrando lesão sólida, arredondada medindo 3.9 x 3.5 cm em topografia de cauda pancreática, hipointensa no T1 e hiperintensa no T2. Proposta cirurgia. Realizada pancreatectomia corpo caudal com preservação do baco via laparoscópica. O resultado da biópsia foi inconclusivo, trazendo um carcinoma pouco diferenciado infiltrante do pâncreas. Encaminhado o material para estudo imunohistoquímico obtendo como resultado neoplasia sólida pseudo papilífera do pâncreas. Paciente evoluiu bem no pós operatório, sem intercorrências no período gestacional, tendo parto por via vaginal. Segue em acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** A pancreatectomia distal é a conduta mais segura de tratamento das lesões de corpo e cauda. O uso da laparoscopia está se tornando cada vez mais aceito em gestantes, sendo uma conduta eficaz e segura.

Apresentação: Tema Livre

030 - COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA POR ACESSO ÚNICO TRANSUMBILICAL

GABRIEL ALVES DA COSTA VASSALLO; RENAM CATHARINA TINOCO; AUGUSTO CLÁUDIO DE ALMEIDA TINOCO; LÍVIA RODRIGUES AGUIAR; JEHOVAH GUIMARÃES TAVARES; PEDRO AUGUSTO RIBEIRO MAY; GUILHERME BARROCAS

RESUMO

OBJETIVO: Relatar um caso dentre seis do serviço, de colecistectomia laparoscópica em acesso único 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 trocates 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 NOTUS 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 Livre

031 - ADENOCARCINOMA GÁSTRICO: ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA

JEHOVAH GUIMARÃES TAVARES; RENAM CATHARINA TINOCO; AUGUSTO CLÁUDIO DE ALMEIDA TINOCO; LÍVIA RODRIGUES AGUIAR; GUILHERME BARROCAS; PEDRO AUGUSTO RIBEIRO MAY; MATHEUS DE OLIVEIRA RANGEL

RESUMO

INTRODUÇÃO: O adenocarcinoma gástrico é o 2º tumor maligno mais frequente no mundo, correspondendo a 95% das neoplasias gástricas. Sua incidência é maior em homens (2:1) entre 50 e 70 anos e varia geograficamente, com maiores taxas no Japão e menores na Europa Ocidental. **RELATO DE CASO:** D.F.S., 83 anos, feminino, chegou ao ambulatório do Hospital São José do Avaí com dor epigástrica moderada, pirose, regurgitação, disfagia moderada, astenia e emagrecimento progressivo (12 kg) havia ± 1mês. Relatava tabagismo. Exame físico e laboratorial mostraram leve anemia. A endoscopia digestiva alta com biópsia, tomografia computadorizada e seriografia esôfago-estômago-duodeno revelaram lesão vegetante e infiltrante de cárdia com invasão de esôfago distal, dificultando o fluxo em junção esôfago-gástrica. Quadro compatível com adenocarcinoma gástrico Borrmann tipo III. Optou-se pela via laparoscópica com gastrectomia total, esofagectomia distal e reconstrução em esôfagojejunostomia em Y de Roux. A peça cirúrgica foi enviada para anatomopatológico confirmando adenocarcinoma gástrico. A paciente evoluiu sem intercorrências recebendo alta no quinto dia, segue em acompanhamento ambulatorial assintomática. **DISCUSSÃO:** O tratamento cirúrgico para o câncer gástrico precisa ser adaptado à localização e extensão da doença. Os benefícios e a segurança da gastrectomia laparoscópica são claros. A curva de aprendizado, entretanto, é longa e o custo do procedimento é elevado. Na terapêutica do câncer gástrico é opção segura e eficaz, evitando laparotomias não terapêuticas nos pacientes com doença avançada.

Apresentação: Tema Livre

032 - MODELO ANATÔMICO DE TREINAMENTO EM VIDEOCIRURGIA - UMA NOVA CONCEPÇÃO DE "CAIXA-PRETA"

FRANCISCO LOPES PEREIRA; PAULA PARREIRA FURTADO; WELLINGTON JOSÉ DOS SANTOS; JOSÉ GERALDO GONÇALVES FERREIRA; EDSON ANTONACCI JUNIOR; RENATO AZEVEDO GUIMARÃES; EDSON FREIRE DA FONSECA

RESUMO

Introdução A videocirurgia representou um avanço ao permitir uma abordagem minimamente invasiva reduzindo a resposta ao trauma cirúrgico e trazendo impactos diretos na recuperação pós-operatória. Tais técnicas suscitaram nos novos cirurgiões em treinamento, bem como em cirurgiões experientes, a necessidade de atualização e domínio técnico da perspectiva bidimensional, em que é notável o prejuízo da noção de profundidade em relação às cirurgias convencionais. Concebida com o intuito de aprimorar a cognição e desta forma facilitar a execução de cirurgias videolaparoscópicas em seres humanos, as "caixas pretas", modelos que permitem o treinamento neurossensorial, tiveram, desde o início, um incontestável papel na obtenção de domínio da técnica. Foram inúmeras as concepções e modelos construídos - desde a tradicional caixa de madeira com espelhos e iluminação interna aos modelos computacionais simuladores que recriam a realidade. Entretanto, os novos avanços permanecem circunscritos aos grandes centros de treinamento em residência e empresas de pós graduação em videolaparoscopia, não atingindo os demais segmentos. O presente trabalho visa a apresentação de um modelo anatômico de treinamento em videocirurgia construído com técnicas artesanais e materiais reciclados, dispendendo mínimos recursos financeiros. Materiais e métodos. Na confecção do modelo anatômico foram gastos: webcam com leds de iluminação; fio de cobre revestido, papel cartão, papelão, cola branca, grampos, folhas de EVA, seringas de 20, 10 e 5 ml, forro acolchoado e pano de malha. A construção do modelo se baseia na confec-

ção de um arcabouço em papel cartão e papelão reciclado com formato de abdomen insuflado, que é então perfurado, onde são colocados discos em EVA que permitem a total mobilidade de pinças. O acabamento é opcional e realizado com tecido acolchoado e malha. A webcam é fixada na parte interna com um dispositivo que permite a mobilização e direcionamento da imagem. São construídos trocartes com seringas e estes são inseridos nos pontos de perfuração do EVA. Por fim realiza-se a confecção de uma base de sustentação das plataformas de treinamentos neurocognitivos. **Conclusão:** Embora os avanços em informática permitam, atualmente, o treinamento em simuladores que se aproximam da realidade das videocirurgias, seu emprego ainda é incipiente, permanecendo restrito aos grandes centros, não abrangendo, portanto, a maioria dos serviços. As caixas-pretas que comprovadamente permitem otimizar a curva de aprendizado, nem sempre se constituem uma realidade nos programas de residência médica. O modelo anatômico apresentado neste trabalho, representa uma alternativa viável, de fácil confecção e que não apresenta deficiências em relação aos demais já descritos, com a vantagem de dispender mínima quantidade de recursos financeiros, sendo viável sua construção e emprego até mesmo nos serviços mais carentes.

Apresentação: Vídeo Livre

033 - REPARO LAPAROSCÓPICO DE LESÃO DE VEIA CAVA INFERIOR SEM A NECESSIDADE DE DAR NÓ

LESSANDRO CURCIO GONÇALVES; RODRIGO FROTA; FELIPE GUSMAO; ANTONIO CALUDIO CUNHA; JUAN RENTERIA; RICARDO FREIRE

RESUMO

Introdução-Uma das grandes dificuldades na cirurgia urológica reconstrutora laparoscópica é a confecção do nó, especialmente em situações onde o tempo está contra o cirurgião, como no caso de nefrectomia parcial. Alguns dispositivos foram inventados para facilitar essa reconstrução, com ancoramento do ponto, sem a necessidade de dar nó, como é o caso do Lapra-Ty clip (Ethicon, Cincinnati, OH). No entanto muitos artigos demonstrando o uso do Hem-o-lok (Weck, Raleigh, NC) para ancorar sutura já foram publicados. Demonstramos um vídeo, onde usamos dois cliques de polímero Hem-o-lok para ancorar uma sutura de lesão acidental de veia cava inferior. **Caso**- Paciente masculino, de 32 anos que reclamava, há 2 anos, de dor lombar direita. Tinha um histórico de 2 cirurgias abertas para correção de estenose de junção uretero-piéllica e 2 procedimentos endoscópicos para tal propósito. Sua tomografia mostrava afilamento de parênquima renal direito, com alguns cálculos esparsos e excreção lentificada de contraste. A função renal, medida pelo estudo cintigráfico com DTPA, mostrava função relativa de 15%. Em face do quadro, indicamos a cirurgia de nefrectomia transperitoneal, por via laparoscópica. O paciente foi posicionado em decúbito lateral direito e foram inseridos 4 trocartes, sendo um de 12 mm na cicatriz umbilical, 1 de 5 e outro de 12 mm triangulando o rim e um último, de 5 mm, para elevar o fígado. Após confecção do pneumoperitônio, com pressão de 15 mm de Hg, muita dificuldade foi encontrada para liberação do colo direito. Após 1 hora de intensa dissecação, encontramos a veia gonadal a qual foi seguida até chegar na VCI. Foi nesse momento que, após tração excessiva da veia gonadal, houve dissecção desta, levando a sangramento no entroncamento com a VCI. Durante o processo de clipagem da veia sangrante, houve lesão acidental da VCI, pela ponta do clipe de titânio. Então foi colocado um pedaço de compressa, bem como outro trocar, para o assistente, na fossa ilíaca direita, liberando a mão do cirurgião para assim suturar a lesão. Foi usado um fio de prolipropilene 3.0, agulha de 1,5 cm, ligeiramente menor que um trocar. Um ponto, em X, foi dado na VCI e ancorado com 2

clipes de Hem-o-lok. Resultado- O procedimento durou 210 minutos, com perda sanguínea estimada de 1200 ml e 1 concentrado de hemácia foi infundido durante a cirurgia. O paciente foi para o CTI, onde foi monitorada sua função hemodinâmica e após 36 horas, já estava no quarto, tendo alta no 4 DPO. Conclusões- Em nosso caso, achamos, por bem, não executarmos o nó laparoscópico, pois havia o receio de uma possível laceração da VCI, muito friável pelo processo inflamatório crônico e diversas cirurgias ao qual aquele local já tinha sido submetido. Em posse das informações da literatura e uma certa experiência com este tipo de ancoramento, descrevemos essa técnica, que pode ser útil em lesões acidentais de grandes vasos.

Apresentação: Vídeo Livre

034 - EXÉRESE VIDEOLAPAROSCÓPICA DE CISTO DE DUPLICAÇÃO ESOFÁGICO

ANDRE RIVKIND; ROBERTO NIGRO

RESUMO

INTRODUÇÃO: O cisto de duplicação é uma rara anormalidade congênita. Pode se localizar no íleo (50%), esôfago (25%), cólon (15%), estômago (5%), duodeno (4%) e árvore biliar. Os sintomas mais comuns são disfagia, dor abdominal e pancreatite. Há relatos de transformação maligna, sangramento e infecção. Para ser diagnosticado como cisto de duplicação, a lesão deve seguir os seguintes critérios: estar fixado ao esôfago, ter epitélio representativo do trato gastrointestinal e presença de 2 camadas de muscular própria. Em 80% dos casos o cisto de duplicação esofágico é sintomático na infância. Apresentamos o caso de uma paciente do sexo feminino, 37 anos, sem comorbidades, com queixa de dor abdominal intermitente em região epigástrica há vários anos. Realizou na investigação TC e RM de abdômen que evidenciaram formação cística de contornos regulares e conteúdo espesso, localizada no ligamento hepatogástrico, em íntimo contato com a cárdia, medindo 4,7x4,0x3,3 cm, sugerindo como diagnóstico um cisto de duplicação ou cisto hepático exofítico. Endoscopia digestiva alta sem alterações. Submetida a laparoscopia, foi identificada a lesão na região do ligamento hepatogástrico que foi dissecada com auxílio de bisturi harmônico e posteriormente seccionada da parede esofagogastrica com grameador linear. Durante a dissecação e devido a íntima correlação anatômica ocorreu abertura da transição esofagogastrica, que foi suturada com fio ethibond 2.0 em plano único. Após a retirada da peça, a mesma foi aberta, com conteúdo mucoso espesso e presença de pregueado mucoso. Apesar de não haver queixas referentes ao refluxo gastroesofágico, a paciente possuía alargamento do hiato diafragmático, sendo realizada hiatooplastia e funduplicatura táctica após liberação do fundo gástrico. Ao final, foi drenada a região de dissecação com dreno de Blake n 24 e a paciente recebeu alta no 3o pós operatório. O exame anatomopatológico confirmou tratar-se de cisto de duplicação esofágico. **CONCLUSÃO:** Trata-se de patologia rara de difícil diagnóstico na idade adulta, sendo este feito normalmente por achado incidental em tomografia ou ressonância magnética, já que a endoscopia normalmente não tem alterações por tratar-se de lesão extraluminal. Devido ao risco de complicações, é recomendável a excisão cirúrgica do cisto independentemente do paciente apresentar sintomas. A punção guiada por endoscopia ou tomografia é uma opção para os pacientes sem condições cirúrgicas.

Apresentação: Vídeo Livre

035 - TRATAMENTO DE DIVERTICULITE AGUDA COM LAVAGEM E DRENAGEM SEM RESSECÇÃO POR VIA LAPAROSCÓPICA

ANDRE RIVKIND; ROBERTO NIGRO; DANIEL SZOR

RESUMO

INTRODUÇÃO: O tratamento da diverticulite aparentemente adquire novas perspectivas com a introdução da videolaparoscopia (VDL) nos últimos anos. Ressecção com anastomose primária e ostomia de proteção ou ressecção com colostomia terminal e reconstrução tardia são as técnicas mais utilizadas e dependentes de inúmeras variáveis, assim como a via de acesso. Recentemente, a lavagem da cavidade com solução salina e drenagem por via laparoscópica tem sido aceitável como uma nova modalidade de tratamento. Apresentamos o caso de um paciente do sexo masculino, 44 anos, obeso mórbido (IMC = 48), que procurou o pronto socorro com quadro de dor em fossa ilíaca esquerda e febre de 39°C, com sinais de peritonite. Realizou TC de abdômen que evidenciou diverticulite aguda na região da transição descendente-sigmoide, com moderado pneumoperitônio e 2 coleções com nível hidroaéreo com 11 cm no maior diâmetro, uma na topografia da cicatriz umbilical e outra na região pélvica. Foi submetido a laparoscopia, na qual foi visualizado intenso processo inflamatório parcialmente bloqueado pelo omento e alças de intestino delgado. Realizado desbloqueio com dissecação roma e localizada a perfuração na região da transição descendente-sigmoide. Optado por realizar lavagem intensa da cavidade com soro fisiológico, seguida de drenação com dreno de Blake no 24. No 5o dia de pós operatório paciente mantinha-se afebril, porém com sinais clínicos de atividade inflamatória. Realizada tomografia que evidenciou abscesso no flanco esquerdo de 12,0x9,0x7,0 cm. Optou-se por nova abordagem laparoscópica, quando foi realizada novamente lavagem intensa da cavidade com soro fisiológico e drenagem com mais um dreno de Blake no 24. Paciente evoluiu de maneira satisfatória, recebendo alta com antibioticoterapia VO e tendo os drenos retirados no 21 pós operatório. Assintomático há 8 meses e em processo de emagrecimento para possível abordagem eletiva. **CONCLUSÃO:** os critérios de seleção dos pacientes que podem se beneficiar deste tipo de abordagem e tratamento ainda não foram delineados na literatura, mas sem dúvida que tanto a VDL como a relaparoscopia tem papel importante na condução de casos específicos.

Apresentação: Vídeo Livre

036 - ADRENALECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

FÁBIO NEVES DIBAI; RAN SHIN TAIR; LINCOLN LOPES FERREIRA

RESUMO

Paciente do sexo feminino, 29 anos, leucoderma, comerciária. Quadro clínico de nefrolitíase, sendo realizado como propedêutica eletiva uma ultrassonografia abdominal com achado casual de tumor adrenal a direita (incidentaloma), melhor descrito pela ressonância nuclear magnética como massa sólido-cística, heterogênea, bem delimitada, de contornos regulares, medindo 7,3 x 5,5 x 6,7 cm, sem conteúdo adiposo. Submetida a adrenalectomia direita por videolaparoscopia: paciente em decúbito lateral esquerdo, com hiperextensão; posicionados trocaters em linha axilar anterior, linha axilar média, linha hemiclavicular e epigástrico, sendo a massa retirada por pequena incisão feita em fossa ilíaca direita. Posicionado dreno sub-hepático. Iniciada dieta branda no 1º dia pós-operatório (DPO), com boa tolerância, apresentando apenas dor discreta; dieta progredida no 2º DPO, mantendo-se assintomática; paciente estável no 3º DPO; alta hospitalar no 4º DPO, sem intercorrências. Este caso mostrou que a adrenalectomia é uma cirurgia passível de ser realizada por videolaparoscopia, e que tal via de acesso favoreceu grandemente a recuperação da paciente no pós-operatório imediato. Entretanto, a grande dimensão da massa tumoral aumentou sobremaneira a dificuldade téc-

nica, o que poderia ter comprometido o sucesso do procedimento, e de certa forma colocado em risco a integridade física da paciente. A peculiaridade deste caso é tratar-se de uma paciente jovem apresentando simultaneamente tumores em glândulas tireóide (tireoidectomia total há 05 meses) e adrenal direita, o que inicialmente nos fez pensar em Neoplasia Endócrina Múltipla, o que foi extensamente pesquisado, mas acabou não se confirmando após resultados dos exames anátomopatológicos (tumor papilífero de tireóide, e schwannoma adrenal).

Apresentação: Vídeo Livre

037 - ASPECTOS TÉCNICOS E TÁTICOS DA SIMPATECTOMIA LOMBAR RETROPERITONIOSCÓPICA NO TRATAMENTO DA HIPERIDROSE PRIMÁRIA PLANTAR

SONIA OLIVEIRA LIMA; GLEIDE MARIA GATTO BRAGANÇA; ALOISIO FERREIRA PINTO NETO; VANESSA ROCHA SANTANA; YASMIN GAMA ABUAWAD; FRANCISCO PRADO REIS

RESUMO

Objetiva-se com esse vídeo apresentar a factibilidade e os passos técnicos da simpatectomia lombar retroperitonioscópica bilateral e táticas utilizadas no tratamento cirúrgico da hiperidrose plantar primária. Utiliza-se anestesia geral com intubação orotraqueal, o paciente em decúbito dorsal com pequeno coxim em região lombosacra. Realiza-se incisão transumbilical como colocação de trocater de 10 mm e introdução da óptica, de 0 ou 30 graus, após realização do pneumoperitônio (14mmHg). Sob visualização da cavidade abdominal incisa-se transversalmente a pele em 10 mm no flanco direito entre a espinha ilíaca antero-superior e o rebordo costal na altura da linha axilar média. A seguir introduz-se uma pinça hemostática dividuindo a musculatura até o peritônio parietal para a colocação de um trocater de 10 mm sob visão direta com intuito de não perfurar o peritônio. Realiza-se a infusão de CO₂ para a criação do retropneumoperitônio. A óptica é transferida para este porto e com auxílio da mesma dividuiona-se o peritônio parietal posterior da musculatura da parede abdominal. Uma incisão de 5 mm é realizada na pele a cada lado da incisão do flanco na linha axilar posterior para colocação dos trocateres que são utilizados como portos para as pinças de apreensão, divulsão, corte e cauterização. Identifica-se o músculo psoas e dividuiona-se o peritônio parietal posterior até a localização do simpático lombar. O nervo simpático é visualizado na borda medial do músculo psoas, a direita da coluna lombar, abaixo do ureter e veia cava inferior. Isolam-se e ressecam-se os gânglios L2, L3 e L4. Revisa-se a hemostasia, retiram-se os trocateres, sutura-se as incisões da pele e faz-se o curativo. Procedimento semelhante é realizado no lado esquerdo. O nervo simpático é visualizado na borda medial do músculo psoas, à esquerda da coluna lombar, abaixo do ureter e aorta abdominal. Operou-se pacientes dos dois gêneros, não houve conversão para técnica por laparotomia. Obteve-se resultados efetivos para o sítio proposto, com ausência de ejaculação retrograda e sem aumento da sudorese compensatória já existente. Conclui-se que a simpatectomia retroperitonioscópica lombar bilateral é um método seguro no tratamento da hiperidrose plantar primária em ambos os gêneros.

Apresentação: Vídeo Livre

038 - GASTRECTOMIA TOTAL À D2 VIDEOLAPAROSCÓPICA

FABIANA MATOS BARBOSA; ANTONIO CARLOS ROSA DE SENA; GERALDO ALBERTO SEBEN; TIAGO MARTINS KUCHNIR OLIVEIRA; RAYSSA SENA; ANGELO CECHINI; ANNA CAROLINA BOTTI

RESUMO

Paciente com tumor de antro gástrico submetido a gastrectomia à D2 videolaparoscópica. Ressaltando a linfadenectomia

Apresentação: Vídeo Livre

039 - COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM SITUS INVERSUS TOTALIS

FABIANA MATOS BARBOSA; ANTONIO CARLOS ROSA DE SENA; GERALDO ALBERTO SEBEN; TIAGO MARTINS KUCHNIR OLIVEIRA; RAYSSA SENA; FELIPE LOCATELLI; ANA PAULA NAGABE

RESUMO

Paciente com colelitíase sintomática submetida a colecistectomia videolaparoscópica. A mesma tem situs inversus totalis

Apresentação: Vídeo Livre

040 - COLECISTECTOMIA COM INCISÃO ÚNICA TRANSUMBILICAL

EDUARDO ANDRADE DIAS COUTINHO DE SOUZA; FERNANDO ATHAYDE V. MADUREIRA; RENATO MANGANELLI SALOMÃO; RICARDO COTTA PEREIRA; RICARDO LIMA; MARCOS VALADÃO; ANTONIO CARLOS IGLESIAS

RESUMO

RESUMO Objetivos: O presente vídeo tem como objetivo demonstrar a viabilidade e factibilidade da colecistectomia vídeo laparoscópica com acesso único via transumbilical (LESS), realizadas no HUGG-UNIRIO. **Métodos:** Será demonstrado vídeo editado com qualidade de DVD em alta resolução, a padronização cirúrgica e a realização de colecistectomia a Less por colelitíase simples e por colecistite aguda. **Resultados e Evolução Técnica** Operados 28 pacientes, utilizando diferentes configurações de portal, ótica (5 e 10 mm), clipador (5 e 10 mm), quantidade de instrumental no portal assim como tipo de instrumental. O tempo cirúrgico e a operabilidade tem mudanças drásticas dependendo da plataforma e padronização utilizada. Será descrito didaticamente os sucessos e insucessos com os resultados específicos de cada configuração. **Conclusões:** A Colecistectomia a Single Port é procedimento factível e viável, com pouca aquisição em relação ao instrumental de vídeo já implantado nos Hospitais Gerais. A padronização desenvolvida tem baixo custo e operabilidade semelhante a colecistectomia vídeo laparoscópica.

Apresentação: Vídeo Livre

041 - ADRENALECTOMIA DIREITA VÍDEO LAPAROSCÓPICA

VINICIUS LUDERER DIAS; FERNANDO ATHAYDE V. MADUREIRA; RENATO MANGANELLI SALOMÃO; RICARDO COTTA PEREIRA; RICARDO LIMA; MARCOS VALADÃO; ANTONIO CARLOS IGLESIAS

RESUMO

Objetivos: O presente vídeo tem como objetivo demonstrar a adrenalectomia direita vídeo laparoscópica realizada no HUGG-UNIRIO. **Métodos:** Será demonstrado vídeo editado com qualidade de DVD em alta resolução, a padronização cirúrgica e a realização da Adrenalectomia Direita Laparoscópica com inserção de ilustrações anatômicas.

Apresentação: Vídeo Livre**042 - SIMPECTOMIA TORACOSCÓPICA PARA TRATAMENTO DA HIPERIDROSE PRIMÁRIA FACIAL, PALMAR E AXILAR**

SÔNIA OLIVEIRA LIMA; ALOISIO FERREIRA PINTO NETO; VANESSA ROCHA DE SANTANA; SYLVIA PEREIRA GURGEL; YASMIN GAMA ABUAWAD; GLEIDE MARIA GATTO BRAGANÇA; FRANCISCO PRADO REIS

RESUMO

Os autores apresentam um vídeo onde comentam as indicações, tipos de acesso, níveis de ressecção e aspectos cosméticos resultantes da simpectomia toracoscópica no tratamento da hiperidrose primária facial, palmar e axilar. Concluem que a simpectomia toracoscópica é factível e segura no tratamento da hiperidrose primária, conferindo excelente efeito cosmético cicatricial.

Apresentação: Vídeo Livre**043 - ASPECTOS TÉCNICOS E TÁTICOS DA FUNDOPLICATURA PARCIAL E TOTAL COM PRESERVAÇÃO DOS VASOS CURTOS E DO RAMO HEPÁTICO DO VAGO NO TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO**

SÔNIA OLIVEIRA LIMA; ALOISIO FERREIRA PINTO NETO; RENAN FERREIRA GOUVEIA; YASMIN GAMA ABUAWAD; VANESSA ROCHA SANTANA; HERON ALENCAR DE ANDRADE; RICARDO LUIS CAVALCANTI ALBUQUERQUE JUNIOR

RESUMO

Objetiva-se com este vídeo abordar aspectos técnicos da cirurgia endoscópica e táticas utilizadas na correção da doença do refluxo gastroesofágico, com hiatorrafias associadas às funduplicaturas parcial e total com preservação dos vasos curtos e ramo hepático do vago. Serão apresentados os principais tempos cirúrgicos realizados durante procedimentos para tratamento endoscópico da doença do refluxo gastroesofágico como a secção do ligamento gastro-hepático com preservação do ramo hepático do vago, isolamento e recolocação do esôfago na cavidade abdominal, manuseio do hiato esofágico com aproximação dos pilares, realização da válvula anti-refluxo de 240° e 360° sem secção dos vasos curtos. A preservação dos vasos curtos e do ramo hepático do vago não dificultou, nem impossibilitou a realização das funduplicaturas tanto parcial como total. Não houve complicação per - operatória. Conclui-se que as cirurgias de funduplicatura parcial e total com preservação dos vasos curtos e ramo hepático do vago foram seguras no tratamento da DRGE.

Apresentação: Vídeo Livre**044 - PANCREATOJEJUNOSTOMIA EM Y DE ROUX POR VIDEOLAPAROSCOPIA**

CARLOS GICOVATE NETO; MARCOS THIAGO ANUNCIACAO DE SOUZA; EDSON BATISTA; ROGERIO BICALHO; FREDERICO VIEIRA DIAS MORAES; IVAN SALGADO DE AZEVEDO; NATALIA ANDRADE

RESUMO

RESUMO Paciente de 58 anos, etilista crônico e tabagista leve, portador de pancreatite crônica com dilatação do ducto de Wirsung, esteatorréia e dor abdominal recorrente em mesogástrico. O mesmo foi submetido a uma pancreatojejunostomia em Y de Roux por

videolaparoscopia. Queremos evidenciar que com a utilização de material adequado e equipe treinada, é possível realizar este tipo de cirurgia, oferecendo ao paciente todas as vantagens da cirurgia laparoscópica. Deve-se levar em consideração que o tempo cirúrgico é maior em virtude de uma anastomose manual e complexa. Concluímos que a videolaparoscopia é uma excelente opção nos casos de tratamento cirúrgico da dilatação do Wirsung. **TECNICA OPERATORIA:** O paciente sob anestesia geral foi posicionado em decúbito dorsal com as pernas afastadas e em proclive de 30 graus. O cirurgião se posicionou entre as pernas do paciente, o primeiro auxiliar com a câmera a esquerda do cirurgião e o segundo auxiliar a direita. Utilizamos durante a cirurgia uma pinça harmônica (Ultracision), aparelhagem completa de videocirurgia HD com dispositivo de armazenamento de dados e uma ótica de 30 graus. Inicialmente realizamos uma punção com agulha de Veress no hipocôndrio esquerdo para o pneumoperitônio, seguida da introdução de duas cânulas de 11 mm (uma ao nível da cicatriz umbilical para a ótica e outra a 5 cm acima da anterior na linha hemiclavicular esquerda). Introduzimos também 3 cânulas de 5 mm, sendo uma próxima ao rebordo costal esquerdo na linha axilar anterior, outra 5 cm acima da cicatriz umbilical na linha hemiclavicular direita e a terceira na linha axilar anterior direita, próxima ao rebordo costal. Começamos o procedimento abrindo o ligamento gastrocólico utilizando o ultracision e logo identificamos o ducto Wirsung dilatado. O estômago e afastado cranialmente e então abrimos o ducto pancreático principal longitudinalmente desde a cabeça até a cauda com o auxílio do bisturi elétrico (huck) e do ultracision. Seguimos reparando de forma antecólica uma alça de delgado no ângulo esquerdo da anastomose, a cerca de 50 cm do Treitz (vicryl 2.0). Dividimos a sutura posterior em duas partes: do ângulo esquerdo até o meio e do meio até o ângulo direito. Desta forma à medida que progredíamos com a sutura (chuleio contínuo de vicryl 2.0) também progredíamos na abertura da alça de delgado. Após terminar a parte posterior, também dividimos a sutura anterior em duas partes. Vale ressaltar a resistência e espessura da parede do ducto. Seguimos realizando a anastomose entero-entero na base do y de Roux, a cerca de 60 cm da anastomose pancreatojejunal e utilizamos um endogrampeador linear 45 mm. Após o fechamento da brecha mesentérica com prolene 3.0, revisamos a hemostasia e drenamos a cavidade com penrose que foi exteriorizado pelo acesso da cânula de 11 mm. O procedimento levou 4h e 30min e transcorreu sem complicações. O paciente teve alta no 2º dia de pós-operatório e o dreno foi retirado no 7º dia de pós-operatório.

Apresentação: Vídeo Livre**045 - CIRURGIA DE WHIPPLE POR VIA LAPAROSCÓPICA - PARTE 1**

TIAGO KUHNIR MARTINS DE OLIVEIRA; ANTONIO CARLOS ROSA DE SENA; MARCIANO ANGHINONI; DANIEL SEIGUI KAIO; FABIANA MATOS BARBOSA CELONI; FELIPE PEDROTTI LOCATELLI; RAYSSA HELENA DE SENA

RESUMO

Paciente com tumor de cabeça de pâncreas submetido a gastroduodenopancreatetectomia (cirurgia de Whipple) por via laparoscópica. Vídeo dividido em 2 partes para permitir maior riqueza de detalhes e melhor compreensão. Esta primeira parte corresponde ao tempo de ressecção da peça cirúrgica. Solicitamos que, se possível, os vídeos sejam apresentados em sequência.

Apresentação: Vídeo Livre**046 - COLEDocolitíase: ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA**

LAURO MASSAUD CONDE; JORGE LUIZ DELDUQUE QUINTES; LUIZ EDUARDO BERGAMO BARROS

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. A incidência aumenta com a idade do paciente. A colangiografia per-operatória faz o diagnóstico e acreditamos que deva ser realizada rotineiramente. **MÉTODO:** Relato de caso de paciente feminino de 35 anos com diagnóstico pré-operatório de colecistite crônica litíase. Esta apresentava um colédoco de 6 mm sem cálculos no interior ao Ultrassom além de dosagem de bilirrubinas normais no pré-operatório. Durante a cirurgia nos deparamos com uma via biliar dilatada e durante a secção do ducto cístico para realizar a colangiografia houve saída de bili sobre pressão além de múltiplos cálculos. Procedemos a exploração transcística da via biliar com lavagem abundante com solução fisiológica, basket e dilatação progressiva da papila duodenal com sonda de nelaton. A colangiografia per-operatória de controle mostrou uma via biliar dilatada mas com passagem livre de contraste para tubo gastrointestinal, sem imagem sugestiva de cálculo residual. Posicionamos um dreno de Kehr para controle pós operatório. **RESULTADO:** A paciente apresentou evolução favorável recebendo alta hospitalar no 2º dia pós-operatório. O controle ambulatorial 30º pós-operatório com colangiografia pelo dreno de Kehr confirmou a 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: Vídeo Livre

047 - HEPATECTOMIA SEGMENTAR VIDEOLAPAROSCÓPICA

FELIPE PEDROTTI LOCATELLI; JULIO CESAR WIEDERKEHR; DIOGO SWAN KFOURI; JOAO FRANCISCO DE SOUZA; FABIANA DE MATOS BARBOSA; BARBARA DE AGUIAR WIEDERKEHR

RESUMO

Paciente, sexo feminino, 17 anos Primeira consulta devido a dor abdominal inespecífica Foi solicitado USG, que notou nódulo em lobo esquerdo de fígado A TAC sugeriu 2 possíveis diagnósticos: adenoma ou hiperplasia nodular focal Realizada cintilografia, que definiu o diagnóstico como adenoma, por ser hipocaptante Realizada hepatectomia segmentar esquerda. Anatomopatológico: hiperplasia nodular focal.

Apresentação: Vídeo Livre

048 - NEOPLASIA ESÔFAGO - RESSECÇÃO POR TORACOSCOPIA EM POSIÇÃO PRONADA E LAPAROSCOPIA

ANTONIO MORIS CURY FILHO; EDUARDO BONIN; CHRISTIANO CLAUS; MARCELO LOUREIRO; DANIELLSON DIMBARRE; CAROLINA GONÇALVES; PEDRO T.

RESUMO

Paciente com neoplasia de esôfago distal foi submetido à ressecção em 3 tempos, sendo o tempo torácico realizado

com o paciente em decúbito ventral e o abdominal por laparoscopia em decúbito dorsal simultaneamente ao tempo cervical pelo método convencional. O vídeo mostra os tempos principais do procedimento e as vantagens da posição pronada que dispensa afastador de pulmão bem como propicia excelente campo visual torácico por impedir, pelo efeito gravitacional, que o sangramento atrapalhe a visualização e dissecação. O grupo soma atualmente experiência com aproximadamente 40 esofagectomias realizadas por vídeo.

Apresentação: Vídeo Livre

049 - OPERAÇÃO DE WHIPPLE LAPAROSCÓPICA

ANTONIO MORIS CURY FILHO; EDUARDO BONIN; MARCELO LOUREIRO; CHRISTIANO CLAUS; DANIELLSON DIMBARRE; CAROLINA GONÇALVES; SAIMON MARCANTE

RESUMO

Paciente com neoplasia de cabeça de pâncreas foi submetida à duodenopancreatectomia com reconstrução totalmente laparoscópica. Os autores apresentam o vídeo com os passos do procedimento seccionando o estômago e o jejuno com endogrameador, a cabeça do pâncreas com bisturi ultrassônico e a anastomose manual termino-lateral do pâncreas ao jejuno bem como do colédoco. A peça ressecada é visualizada ao final do vídeo. O grupo apresenta experiência inicial de aproximadamente 10 casos.

Apresentação: Vídeo Livre

050 - CIRURGIA DE WHIPPLE POR VIA LAPAROSCÓPICA - PARTE 2

TIAGO KUCHNIR MARTINS DE OLIVEIRA; ANTONIO CARLOS ROSA DE SENA; DANIEL SEIGUI KAIO; MARCIANO ANGHINONI; FABIANA MATOS BARBOSA CELONI; RAYSSA HELENA DE SENA; ANA PAULA HITOMI NAGABE

RESUMO

Paciente com tumor de cabeça de pâncreas submetido a gastroduodenopancreatectomia (cirurgia de Whipple) por via laparoscópica. Vídeo dividido em 2 partes para permitir maior riqueza de detalhes e melhor compreensão. Esta segunda parte corresponde ao tempo de reconstrução. Solicitamos que, se possível, os vídeos sejam apresentados em sequência.

Apresentação: Vídeo Livre

051 - HERNIOPLASTIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCÓPICA - TAPP SITRACC (SINGLE TROCAR ACCESS)

JAMES SKINOVSKY; MARCUS VINICIUS DANTAS; MAURICIO CHIBATA; FERNANDA TSUMANUMA; DIOGO PARENTE FALCÃO; FRANCISCO ALMEIDA; ROGÉRIO CAVALLIERI

RESUMO

Primeiro caso de um paciente de 20 anos submetido a correção de hernia inguinal videolaparoscópica tapp pelo método sitracc (single trocar access) sem intercorrências.

Apresentação: Vídeo Livre**052 - ABSCESSO RETROCOLEDOCEANO PÓS CPRE: TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO**

MIGUEL DE MIRANDA GONÇALVES; CAMILA SANTOS; GUILHERME RIBAS; LUIZ PAULO JACOMELLI; RICARDO BRASIL; NELSON FIODI; GASTÃO JOSÉ DOS SANTOS

RESUMO

Paciente feminino, 57 anos, obesa submetida previamente a colecistectomia e gastroplastia vertical. Evoluiu tardiamente com coledolitíase. Submetida a tratamento por CPRE. Após 10 dias, apresentou quadro de pancreatite aguda e abscesso retrocoleciano com importante repercussão clínica. Como não havia janela para drenagem radiológica, foi submetida a tratamento cirúrgico por videolaparoscopia com sucesso. Evoluiu muito bem no pós-operatório sendo iniciada dieta no 2o. dia de pós-operatória, retirado o dreno de Blake no 4o. dia e recebeu alta após 5 dias do procedimento. Conclusão: a cirurgia videolaparoscópica é de grande importância no tratamento de abscessos retroperitoneais complexos na impossibilidade de drenagem radiológica

Apresentação: Vídeo Livre**053 - EXPLORAÇÃO DE VIAS BILIARES VIDEOLAPAROSCÓPICA TRANSCOLEDOCIANA**

SATURNINO RIBEIRO NASCIMENTO NETO; ROGÉRIO CAVALLIERI; ERNESTO CONELLI; DORIVAM NOGUEIRA; DIOGO PARENTE FALCÃO; IVANA GUS; ALEXANDRE ZARPELLON

RESUMO

Paciente com quadro de colelitíase e dilatação de colédoco. Impossibilidade de realização de cpre (colangiopancreatografia endoscópica retrógrada).

Área

CIRURGIA GINECOLÓGICA

Apresentação: Poster**054 - ESCALAS FUNCIONAIS DO SHORT FORM 36 E IDADE CRONOLÓGICA: UM ESTUDO DE CORRELAÇÃO SOBRE QUALIDADE DE VIDA EM CANDIDATAS A LAPAROSCOPIA CITORREDUTORA PARA ENDOMETRIOSE PROFUNDA**

CAMILLA GABRIELY SOUZA GUERRA; MARLON DE FREITAS FONSECA; DANIEL LIBERMAN; FELIPE VENTURA SESSA; LILIAN DE CARVALHO ARAGÃO; MÁRCIA ANSELMO RODRIGUES; CLAUDIO PEIXOTO CRISPI

RESUMO

Objetivo: Verificar a correlação entre idade cronológica e as oito escalas funcionais do questionário de qualidade de vida (QV) Short Form 36 (SF-36) em candidatas a laparoscopia citorredutora (LAPCITO) para endometriose profunda infiltrativa (EPI) em um serviço de endoscopia ginecológica no Rio de Janeiro (CEVESP). Métodos: De 2009 a 2010 avaliamos 43 candidatas a LAPCITO para EPI (idade: 26 - 50 anos; mediana 34) que responderam a versão validada para língua portuguesa do questionário SF-36 na fase pré-operatória. As oito escalas funcionais deste questionário

de auto-relato geram escores (0 a 100) proporcionais à QV de cada paciente. Utilizamos correlação não paramétrica (Spearman) com o programa SPSS 15.0 for Windows; significativo quando $P < 0,050$. Resultados: As medianas (máximo-mínimo) dos escores SF-36 foram: capacidade funcional 80 (100-20); aspectos físicos 50 (100-0); dor 51 (100-10); estado geral da saúde 72 (100-25); vitalidade 45 (90-5); aspectos sociais 50 (100-0); aspectos emocionais 33 (100-0) e saúde mental 56 (88-24). As correlações (fracas) foram significativas somente com os escores de capacidade funcional ($r=0,301$; $P=0,049$) e aspectos sociais ($r=0,459$; $P=0,002$). Discussão: A endometriose sem tratamento tende a se agravar ao longo do menacme. Assim, as análises de correlação entre idade e os escores do SF-36 não representaram o comprometimento gradativo da QV em portadoras de EPI, provavelmente, porque focamos somente mulheres em estágio mais avançado da doença, a ponto de terem já optado por LAPCITO. Conclusão: Não verificamos correlação negativa entre idade cronológica e as oito escalas funcionais do SF-36 em portadoras de EPI avançada candidatas a LAPCITO.

Apresentação: Poster**055 - QUALIDADE DE VIDA: CORRELAÇÃO ENTRE ESCORES DE DOR E INFERTILIDADE EM CANDIDATAS A LAPAROSCOPIA CITORREDUTORA PARA ENDOMETRIOSE PROFUNDA**

DANIEL LIBERMAN; MARLON DE FREITAS FONSECA; CAMILLA GABRIELY SOUZA GUERRA; FELIPE VENTURA SESSA; LILIAN DE CARVALHO ARAGÃO; MÁRCIA ANSELMO RODRIGUES; CLAUDIO PEIXOTO CRISPI

RESUMO

Objetivo: Verificar a correlação entre escores de dor e infertilidade obtidos através de questionários de qualidade de vida (QV) em candidatas a laparoscopia citorredutora para endometriose profunda infiltrativa (LAP). Métodos: De 2009 a 2010, avaliamos 54 candidatas a LAP oriundas de uma unidade de endoscopia ginecológica no Rio de Janeiro (CEVESP), as quais foram convidadas a responder as versões validadas para língua portuguesa dos questionários Short Form 36 (SF-36) e Endometriosis Health Profile 30 (EHP-30) durante o período pré-operatório. Todos os escores (0 a 100) foram ajustados para serem diretamente proporcionais à QV. Em virtude de não distribuição gaussiana, utilizamos correlação não paramétrica (Spearman) com o auxílio do programa SPSS 15.0 for Windows; significativo quando $P < 0,05$. Resultados: Completaram o SF-36 e o EHP-30, respectivamente, 37 e 47 mulheres. As medianas (máximos - mínimos) dos escores de dor (SF-36), dor (EHP-30), e infertilidade (EHP-30) foram, respectivamente, 51 (100 - 10), 59 (100 - 0) e 50 (100 - 0). As correlações bivariadas foram testadas excluindo as mulheres que deixaram de responder algum item dos referidos questionários. A correlação entre as escalas dor SF-36 e dor EHP-30 foi significativa ($r=0,751$; $P < 0,001$). Os escores de infertilidade (EHP-30) não se correlacionaram significativamente com os escores de dor de ambos os questionários: SF-36 ($r=-0,148$; $P=0,383$), EHP-30 ($r=0,001$; $P=0,993$). Discussão: Os resultados corroboram a idéia de que os processos dolorosos associados à endometriose não são bons preditores de infertilidade, visto que não verificamos correlação entre estes domínios. Conclusão: Não houve correlação significativa entre os escores de dor e infertilidade.

Apresentação: Poster**056 - HISTÓRIA OBSTÉTRICA (GESTA, PARA, ABORTO) E DOR DURANTE HISTEROSCOPIA SEM ANESTESIA: ANÁLISE DE CORRELAÇÃO**

MÁRLON DE FREITAS FONSECA; CAMILLA GABRIELY SOUZA GUERRA; FELIPE VENTURA SESSA; DANIEL LIBERMAN; RAQUEL FONSECA RODRIGUES; MARCIO LAMBLET; CLAUDIO PEIXOTO CRISPI

RESUMO

Objetivo: Correlacionar número de gestações, paridade e número de abortos com a intensidade de dor durante e 15 minutos após histeroscopia diagnóstica sem anestesia (HTDSA). **Métodos:** Estudo prospectivo observacional de natureza quantitativa. Avaliamos 313 clientes (19 a 85 anos) no ambulatório de histeroscopia do serviço de ginecologia do Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ). Dimensionamos a dor referida pelas participantes durante (D0) e 15 minutos após o exame (D15) através de uma escala analógica visual (régua plástica milimetrada com escores de 0 a 10). Consideramos também variáveis ordenáveis potencialmente interferentes no estudo: escolaridade, idade, índice de massa corporal, tempo decorrido entre a introdução do histeroscópio e o término do procedimento (THT) com os escores de dor. Utilizamos uma correlação do tipo não paramétrica (Spearman) com o auxílio do programa SPSS 15.0 for Windows; consideramos significativa quando $P < 0,05$. **Resultados:** Não houve correlação significativa entre os escores de dor e as variáveis obtidas antes da realização do procedimento. Houve correlação estatisticamente significativa somente entre D0 e THT ($r = 0,123$; $P = 0,030$) e entre D15 e THT ($r = 0,147$; $P = 0,009$). **Discussão:** As variáveis testadas parecem não ser boas preditoras de dor, visto que não apresentaram correlação significativa com a intensidade da mesma. Ao invés de correlação bivariada, sugerimos o uso de estatística multivariada na tentativa de identificação de fatores preditores de dor pélvica em pacientes submetidas a HTDSA. **Conclusão:** Número de gestações, paridade e número de abortos não são bons preditores de intensidade de dor em HTDSA.

Apresentação: Poster

057 - ENDOMETRIOMA OVARIANO INFECTADO PÓS-POLIPLECTOMIA HISTEROSCÓPICA TRATADO POR VIDEO LAPAROSCOPIA

MARCIA FERREIRA DA COSTA; LILIAN DE CARVALHO ARAGÃO; CLAUDIO PEIXOTOCRISPI; LUIZ CARLOS DA SILVA SANTOS; JOSE PAULO PEREIRA JUNIOR; MICHELLE F. S. PORTO NOGUEIRA

RESUMO

Endometrioma ovariano infectado pós-polipectomia histeroscópica, tratado por videolaparoscopia. Serviço de Videoendoscopia ginecológica Instituto Fernandes Figueira - FIOCRUZ - Rio de Janeiro - Brasil. **RESUMO:** Introdução: A infecção pós procedimento histeroscópico, seja ele diagnóstico ou cirúrgico, é incomum, com prevalência de 0,18 a 1,5%. Não há critérios estabelecidos para o uso de antibioticoprofilaxia. Abscessos de endometrioma relatados na literatura estão associados a complicações pós operatórias de cistectomia ovariana ou procedimentos pélvicos. Há existência de apenas um caso relatado na literatura de endometrioma infectado pós histeroscopia publicado recentemente e o mesmo fora tratado por laparotomia. **Caso clínico:** Paciente de 47 anos submeteu-se a polipectomia videohisteroscópica no Instituto Fernandes Figueira (IFF) e após 8 (oito) dias evoluiu com abdômen agudo e quadro clínico infeccioso. Foi realizada internação para antibioticoterapia venosa e realização de exames complementares. O exame físico revelava útero aumentado de tamanho, doloroso à mobilização e fundo-de-saco posterior doloroso ao toque. Ultrassonografia transvaginal revelou miomatose uterina volumosa e imagem em anexo esquerdo sugerindo endometrioma. Após a estabilização da paciente em 4 dias foi realizada videolaparoscopia com coleta do líquido peritonial, lise de extensas aderências ao retossigmoido, miomectomia e anexectomia

esquerda. Paciente evolui bem com alta hospitalar no 8º dia de pós-operatório. **Discussão:** A complicação infecciosa da histeroscopia não é comum e nos tornamos muitas vezes alheios a este quadro. A existência de um endometrioma neste processo nos leva a supor a predisposição a um quadro inflamatório, facilitador do quadro infeccioso. A paciente foi tratada com um método minimamente invasivo, diminuindo sua morbidade e mortalidade em uma situação maior de risco cirúrgico e beneficiando, portanto, sua recuperação. **Conclusão:** O caso revela a necessidade de atenção às complicações, mesmo que raras, da histeroscopia, um procedimento bastante difundido atualmente e realizado ambulatorialmente. Deixa uma lacuna científica sobre a predisposição das pacientes com endometriose a complicações videohisteroscópicas. E ainda exemplifica como a laparoscopia pode tratar um quadro de urgência ginecológica, como no quadro de abdômen agudo, sem que haja a necessidade de uma laparotomia exploradora.

Apresentação: Poster

058 - ADERÊNCIAS INTRAUTERINAS (SÍNDROME ASHERMAN): RELATO DE CASO E MANEJO VIDEOHISTEROSCÓPICO

ALBERTO TAVARES DE ARAUJO FREITAS

RESUMO

Paciente 37 anos com queixa de amenorréia secundária e história de abortamento de repetição. G3 P0 Ae3, já realizou três wintercuretagens (WC). Após a última, em março de 2009, evoluiu com o quadro de amenorréia. Em outubro/2009 realizou histeroscopia diagnóstica que evidenciou sinéquias fibrosas de canal cervical e cavidade uterina obliterada. Nova histeroscopia em março/2010: cavidade uterina com sinéquias em regiões fúndica, cornuais e paredes laterais. Realizada lise de sinéquias em paredes laterais direita, esquerda e fúndica e inserido DIU de Soichet para diminuir risco de novas aderências. Apresentou fluxo menstrual regular no mês seguinte. Como não foi possível a lise completa das aderências em cavidade uterina foi programada intervenção videohisteroscópica cirúrgica, guiada por ultrassonografia e setembro/2010 para reavaliação. Neste procedimento foi realizada lise de sinéquias com bipolar e colocação de novo DIU de Soichet. Revisão em janeiro/2011 evidenciou cavidade uterina de aspecto tubular com sinéquia fibrosa fúndica impossibilitando a identificação dos óstios tubários. Foi retirado o DIU de Soichet e realizada lise de sinéquias. Paciente apresentou fluxos menstruais regulares e paralelamente iniciou investigação para abortamentos de repetição. Em março/2011 exame histeroscópico não identificou sinéquias significativas em cavidade uterina. Foi solicitada histerossalpingografia para investigação de permeabilidade tubária.

Apresentação: Vídeo Livre

059 - RESSECCAO DISCOIDE DE ENDOMETRIOSE INFILTRATIVA PROFUNDA NO RETOSSIGMOIDE POR LAPAROSCOPIA

ANDRE RIVKIND; ROBERTO NIGRO; LUCIANO GIBRAN

RESUMO

INTRODUÇÃO: Endometriose é uma patologia ginecológica caracterizada pela presença de endométrio fora da cavidade endometrial. A endometriose intestinal geralmente afeta o retossigmoide e pode estar associada a dor pélvica crônica, alteração do hábito intestinal e disquezia. Existem pelo menos 3 técni-

cas cirúrgicas descritas para o tratamento desta patologia na dependência das características: ressecção do órgão afetado, ressecção discóide e excisão da lesão. Para definição do procedimento deve-se levar em consideração o tamanho da lesão e seu grau de invasão na parede intestinal. Apresentamos o caso de uma paciente do sexo feminino, 36 anos, que procurou o consultório por queixa de dispareunia. A paciente referia já ter 2 filhos e não desejar nova concepção. Na investigação foi observada a existência de endometriose infiltrativa profunda na parede anterior da transição do retossigmoide. Submetida a abordagem laparoscópica para o tratamento cirúrgico. Foram realizadas lise das aderências e salpingectomia bilateral táctica. Após exposição da lesão, a mesma foi excisada parcialmente com eletrocautério. Foi passado um ponto de vicryl 2.0 proximal e distal à lesão. A região a ser grampeada foi então dissecada para evitar sangramento após o disparo do grampeador. Foi introduzido por via anal um grampeador circular. Após abaiçamento do local a ser excisado, o grampeador foi disparado e a área acometida pela lesão infiltrativa excisada. Foi realizada drenagem da região dissecada com dreno de Blake no 24. A paciente apresentou boa evolução, tendo o dreno retirado no 1º pós operatório e recebendo alta hospitalar precoce. Após 4 meses a paciente permanece assintomática. A ressecção discóide com utilização do grampeador circular é técnica que apresenta resultado satisfatório no tratamento da endometriose intestinal profunda em casos bem selecionados.

Apresentação: Vídeo Livre

060 - RESSECÇÃO RETAL, URETERÓLISE POR VIA LAPAROSCÓPICA NA ENDOMETRIOSE PELVICA PROFUNDA

JULIANO FIGUEIREDO; PAULA MENDONÇA PIMENTA FERREIRA; GUI-LHERME VALENTE; MARCOS REIS; MAURICIO BECHARA; SEBASTIAO ALMEIDA; RAMON MARANHÃO

RESUMO

Ressecção Retal Laparoscópica para Tratamento de Endometriose Pélvica Profunda A cirurgia laparoscópica alterou a abordagem das cirurgias abdominais, afetando o tratamento da endometriose profunda infiltrativa (EPI). A EPI atinge frequentemente a vagina, reto e transição istmo-cervical uterina apresentando quadro clínico sintomático e piora na qualidade de vida. Técnicas cirúrgicas vídeoassistidas com ressecção completa da endometriose profunda se mostram a melhor opção terapêutica, visto que apresentam resultados semelhantes aos resultados da cirurgia aberta, porém minimizam o trauma cirúrgico sem comprometer adequada ressecção tumoral. Relata-se o caso de paciente, 28 anos, nulípara, que procurou o serviço de ginecologia queixando dor pélvica crônica, dispareunia profunda e defecação dolorosa cíclica. A ressonância nuclear magnética mostrou endometrioma de 4 cm retro vaginal e retro cervical. Realizou-se ressecção retal com preservação do tronco principal da artéria mesentérica inferior. Não houve necessidade de ileostomia de proteção. Uma fístula anastomótica em fundo cego teve segmento expectante por três meses. A paciente recebeu antagonistas do GnRH no pós operatório. Todos os sintomas melhoraram até o quarto mês pós operatório.

Apresentação: Vídeo Livre

061 - LINFADENECTOMIA PÉLVICA VIDEOLAPAROSCÓPICA

ERICO LUSTOSA FERREIRA; GUSTAVO GUITMANN; RENATO SANMARTIN;

LUIZ MATHIAS; PATRICIA FREIRE; MARCOS FREIRE

RESUMO

O autor demonstra neste vídeo a técnica da linfadenectomia pélvica videolaparoscópica. Mostra com clareza todos os passos para a execução com segurança e didática, além de garantir radicalidade oncológica.

Apresentação: Vídeo Livre

062 - LINFADENECTOMIA EXTRAPERITONEAL PARA AÓRTICA

ERICO LUSTOSA FERREIRA; GUSTAVO GUITMANN; RENATO SANMARTIN; LUIZ MATHIAS; PATRICIA FREIRE; MARCOS FREIRE

RESUMO

O autor demonstra a técnica da abordagem videolaparoscópica extraperitoneal na linfadenectomia paraaórtica. Mostra as vantagens desta via, onde teremos acesso direto e rápido sobre a região paraaórtica com menor índice de complicações, tais como sangramento, aderências, lesões de alças intestinais, etc.

Apresentação: Vídeo Livre

063 - NEOVAGINA VIDEOLAPAROSCÓPICA COM UTILIZAÇÃO DO RETO

ERICO LUSTOSA FERREIRA; GUSTAVO GUITMANN; RENATO SANMARTIN; LUIZ MATHIAS; PATRICIA FREIRE; MARCOS FREIRE

RESUMO

O autor descreve uma técnica de confecção de neovagina por via videolaparoscópica com a utilização do reto e posterior anastomose colo-anal. Esta técnica tem ajudado inúmeras pacientes que foram submetidas a quimio e radioterapia para tratamento do câncer de colo uterino avançado. Esta técnica foi desenvolvida pois as pacientes não teriam outra chance de recompor sua anatomia e retorno às suas atividades sexuais, pois as técnicas até então descritas como Frank, Verchiet, rotação de músculo reto-abdominal ou gracilis, sigmoide não tiveram sucesso após tratamento radioterápico pois geralmente há comprometimento de vascularização, estenoses e deiscências.

Apresentação: Vídeo Livre

064 - LINFADENECTOMIA PARA AÓRTICA SINGLE PORT

ERICO LUSTOSA FERREIRA; GUSTAVO GUITMANN; RENATO SANMARTIN; LUIZ MATHIAS; PATRICIA FREIRE; MARCOS FREIRE

RESUMO

O autor realiza e demonstra a técnica da linfadenectomia retroperitoneal por single port. Esta via além da vantagem estética é útil no estadiamento de neoplasias malignas que podem se metastizar para a região paraaórtica.

Apresentação: Vídeo Livre

065 - HISTERECTOMIA TOTAL SINGLE PORT

ERICO LUSTOSA FERREIRA; GUSTAVO GUITMANN; RENATO SANMARTIN; LUIZ MATHIAS; PATRICIA FREIRE; MARCOS FREIRE; ALEX BRUNO DE CARVALHO LEITE.

RESUMO

O autor mostra a viabilidade de execução da histerectomia total pela técnica do single port com a vantagem estética. Pode ser utilizada em ginecologia oncológica pois com o devido treinamento e material apropriado podemos executá-la com radicalidade.

Apresentação: Vídeo Livre**066 - LINFADENECTOMIA PÉLVICA SINGLE PORT**

ERICO LUSTOSA FERREIRA; GUSTAVO GUITMANN; RENATO SANMARTIN; LUIZ MATHIAS; PATRICIA FREIRE; MARCOS FREIRE; ALEX BRUNO DE CARVALHO LEITE

RESUMO

O autor demonstra a técnica por single port da linfadenectomia pélvica obedecendo os princípios oncológicos.

Apresentação: Vídeo Livre**067 - HISTERECTOMIA RADICAL VIDEOLAPAROSCÓPICA**

ERICO LUSTOSA FERREIRA; GUSTAVO GUITMANN; RENATO SANMARTIN; LUIZ MATHIAS; PATRICIA FREIRE; MARCOS FREIRE; ALEX BRUNO DE CARVALHO LEITE

RESUMO

O autor mostra a técnica e a viabilidade de execução da histerectomia total radical no tratamento de neoplasias malignas de corpo e colo uterino.

Apresentação: Vídeo Livre**068 - ENDOMETRIOSE PARAMETRIAL COM ACOMETIMENTO URETERAL EXTRÍNSECO: DILATAÇÃO COM BALÃO INTRALUMINAL**

ALBERTO TAVARES DE ARAUJO FREITAS; CLAUDIO PEIXOTO CRISPI; THIERS SOARES RAYMUNDO; JOSÉ ANACLETO; LUIZ CARLOS DA SILVA SANTOS; CLAUDIO MOURA DE ANDRADE JUNIOR; FLÁVIO MALCHER MARTINS DE OLIVEIRA

RESUMO

Paciente de 32 anos com história de dismenorréia progressiva desde a menarca controlada parcialmente com uso de anticoncepcional oral combinado (ACO) contínuo. Nega dispareunia. Primigesta com desejo de nova gestação, interrompeu ACO por 6 meses com piora dos sintomas no período. Ressonância Nuclear Magnética (RNM) de pelve evidenciou endometriose paracervical esquerda no ligamento útero-sacro e ligamento largo de 23x15x18 mm e também endometriose ureteral extrínseca com dilatação a montante e envolvimento da artéria uterina correspondente. Investigação cistoscópica pré-operatória não revelou lesões em bexiga e estudo urodinâmico diagnosticou hiperatividade detrusora. Em janeiro de 2011, cirurgia videolaparoscópica identificou endometriose de paramétrio esquerdo, estenose no túnel do ureter esquerdo e hidronefrose esquerda. Realizada ureterólise esquerda, exérese de lesão parametrial esquerda com ligadura de artéria uterina e colpectomia ipsilateral e dilatação ureteral esquerda com balão intraluminal. Devido ao sucesso da dilatação com balão intraluminal evitou-se a realização de ressecção segmentar e

reimplante ureteral. Pós-operatório fisiológico, sem queixas miccionais.

Apresentação: Vídeo Livre**069 - HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA COM USO DO ENSEAL**

WILLIAM KONDO; MONICA TESSMANN ZOMER; DIOGO PARENTE FALCÃO; JAMES SKINOVSKY; SATURNINO R. NASCIMENTO; FERNANDA TSUNANUMA; FRANCISCO E. ALMEIDA

RESUMO

A laparoscopia é uma via de acesso alternativa para a realização de histerectomia por via abdominal minimamente invasiva. A utilização da tecnologia atualmente disponível facilita o procedimento e encurta o tempo cirúrgico, conferindo uma segurança adicional ao procedimento. Neste vídeo demonstramos a realização de histerectomia total laparoscópica com o uso do Enseal.

Apresentação: Vídeo Livre**070 - HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA COM O USO DO ULTRACISION**

WILLIAM KONDO; DIOGO PARENTE FALCÃO; MONICA T. ZOMER; JAMES SKINOVSKY; SATURNINO R. NASCIMENTO; ALEXANDRE T. ZARPELLON; MARIANA E. GUERRA

RESUMO

A laparoscopia é uma via de acesso alternativa para a realização de histerectomia por via abdominal minimamente invasiva. A utilização da tecnologia atualmente disponível facilita o procedimento e encurta o tempo cirúrgico, conferindo uma segurança adicional ao procedimento. Neste vídeo demonstramos a realização de histerectomia total laparoscópica com o uso do Ultracision.

Apresentação: Vídeo Livre**071 - CISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA EM ENDOMETRIOMA**

WILLIAM KONDO; DIOGO PARENTE FALCÃO; MONICA T. ZOMER; SATURNINO R. NASCIMENTO; JAMES SKINOVSKY; PATRICIA R. BIGOLIN; FERNANDA REIS

RESUMO

A cirurgia permanece o melhor tratamento para a endometriose profunda. A técnica cirúrgica é essencial para o manejo adequado da doença; no entanto, a técnica é raramente ensinada e descrita em detalhes. Esta apresentação descreverá em detalhes a técnica atualmente empregada para a cistectomia ovariana laparoscópica em casos de endometriomas e os detalhes que permitem a reprodução e até mesmo o aperfeiçoamento da técnica por outros cirurgiões.

Apresentação: Vídeo Livre**072 - MANEJO LAPAROSCÓPICO DE MASSAS ANEXIAIS**

WILLIAM KONDO; DIOGO PARENTE FALCÃO; MONICA T. ZOMER; JAMES SKINOVSKY; SATURNINO R. NASCIMENTO; FERNANDA TSUNANUMA; FRANCISCO ALMEIDA

RESUMO

A laparoscopia é uma via de acesso minimamente invasiva que pode ser utilizada para a abordagem de massas anexiais suspeitas, contanto que se previrem os princípios cirúrgicos oncológicos. Neste vídeo demonstramos os passos cirúrgicos da abordagem laparoscópica de lesões anexiais.

Apresentação: Vídeo Livre**073 - RESSECÇÃO VESICAL EM ENDOMETRIOSE PROFUNDA**

WILLIAM KONDO; DIOGO PARENTE FALCÃO; MONICA TESSMANN ZOMER; SATURNINO R. NASCIMENTO; IVANA GUS; JAMES SKINOVSKY; FRANCISCO ALMEIDA

RESUMO

A cirurgia permanece o melhor tratamento para a endometriose profunda. A técnica cirúrgica é essencial para o manejo adequado da doença; no entanto, a técnica é raramente ensinada e descrita em detalhes. Esta apresentação descreverá em detalhes a técnica atualmente empregada para a ressecção vesical em casos de endometriose profunda anterior e os detalhes que permitem a reprodução e até mesmo o aperfeiçoamento da técnica por outros cirurgiões.

Apresentação: Vídeo Livre**074 - HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA EM ENDOMETRIOSE PROFUNDA**

WILLIAM KONDO; DIOGO PARENTE FALCÃO; MONICA T. ZOMER; SATURNINO R. NASCIMENTO; FRANCISCO ALMEIDA; DORIVAM NOGUEIRA; FERNANDA TSUNANUMA

RESUMO

A cirurgia permanece o melhor tratamento para a endometriose profunda. A técnica cirúrgica é essencial para o manejo adequado da doença; no entanto, a técnica é raramente ensinada e descrita em detalhes. Esta apresentação descreverá em detalhes a técnica atualmente empregada para a histerectomia total laparoscópica em casos de endometriose profunda e os detalhes que permitem a reprodução e até mesmo o aperfeiçoamento da técnica por outros cirurgiões.

Apresentação: Vídeo Livre**075 - RESSECÇÃO DE CÚPULA VAGINAL EM RECÍDIVA DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA APÓS HISTERECTOMIA**

WILLIAM KONDO; DIOGO PARENTE FALCÃO; MONICA T. ZOMER; SATURNINO R. NASCIMENTO; FRANCISCO ALMEIDA; PEDRO NEVES; IVANA GUS

RESUMO

A cirurgia permanece o melhor tratamento para a endometriose profunda. A técnica cirúrgica é essencial para o manejo adequado da doença; no entanto, a técnica é raramente ensinada e descrita em detalhes. Esta apresentação descreverá em detalhes a técnica atualmente empregada para a ressecção de cúpula vaginal em casos de recidiva de endometriose profunda após histerectomia e os detalhes que permitem a reprodução e até mesmo o aperfeiçoamento da técnica por outros cirurgiões.

Área

CIRURGIA PEDIÁTRICA

Apresentação: Poster**076 - EXÉRESE VIDEOLAPAROSCÓPICA DE CISTO DE ÚRACO**

THAÍS CARDOSO; RENAM CATHARINA TINOCO; FERNANDA CARDILO LIMA; LORRAN COQUE FONSECA; PRISCILLA MARIA FARACO ROSA; SÂMARA WEIDMANN MENEZES; KAROLINE PRAVATO CARARI

RESUMO

INTRODUÇÃO: O úraco ou ligamento médio umbilical deriva do alantóide e se estende da cúpula da bexiga ao umbigo. Durante a embriogênese é composto por um tecido fibromuscular, podendo aparecer com um lúmen estreito tubular coberto por epitélio transicional modificado ou por mucosa de epitélio colunar, semelhante ao do intestino. Seu fechamento geralmente ocorre em torno da 5ª semana e ocasionalmente o mesmo pode permanecer pérvio podendo obliterar ou não logo após o nascimento. A persistência do úraco é um achado infrequente e tem importância clínica na presença de infecções, neoplasias ou dilatação cística. Atualmente a classificação da persistência do trajeto do úraco pode resultar em 3 anomalias: cisto de úraco – não há conexão entre a bexiga; fístula uracal – há uma comunicação livre entre a bexiga e o umbigo; divertículo uracal – as exposições da bexiga outpouching. O diagnóstico é feito pela ultrassonografia e/ou tomografia computadorizada. **OBJETIVO:** Demonstrar o relato de caso cirúrgico raro realizado no Serviço de Cirurgia e Videocirurgia do Hospital São José do Avaí em Novembro de 2010. **MATERIAL E MÉTODOS:** Relato de Caso: ID: P.Z.M, feminino, 14 anos, natural e residente de Itaperuna – RJ, internou no serviço com queixa de “dor na barriga”. Paciente foi internada com queixa inespecífica de dor abdominal. Com histórico de ooforectomia e fazendo acompanhamento por ultrassonografia. Na ultrassonografia foi evidenciado uma massa cística em topografia de ligamento umbilical mediano, compatível com cisto de úraco. Com história patológica pregressa de Ooforectomia Direita aos 6 anos por torção e necrose de ovário e ooforectomia Esquerda por torção de cisto de ovário e necrose do mesmo. O tratamento consiste em retirar o cisto por laparotomia ou laparoscopia, sendo esta última a escolhida pelo serviço. Foi realizada então exérese videolaparoscópica do cisto, tendo sido colocados três trocartes (1 de 10mm em cada hipocôndrio e um de 5mm no umbigo), feita separação do cisto do ligamento umbilical superior e inferiormente, exérese do mesmo com Ultracision. **DISCUSSÃO:** Os cistos do úraco são raros ocorrendo em 1 a cada 5000 nascimentos, compreende 30% das anomalias uracais apresentando-se como uma massa no espaço de Retzius entre a fáscia transversalis anteriormente e ao peritônio posteriormente. A maioria dos pacientes portadores de cistos de úraco é assintomática sendo em geral, diagnosticado na vigência de peritonite, obstrução intestinal e as fístulas intestinais, levando a sintomas que podem se confundir com doenças inflamatórias do abdômen e da pelve. **CONCLUSÃO:** O cisto de úraco é uma entidade rara. A correção cirúrgica evita aparecimento de complicações mais sérias como peritonite, obstrução intestinal e fístulas intestinais e malignização, sendo de importância seu diagnóstico e exérese.

Apresentação: Poster**077 - INTUSSUSCEPÇÃO POR DIVERTÍCULO DE MECKEL**

THAÍS CARDOSO; LEANDRO DUTRA PERES; FERNANDA CARDILO LIMA; NATHALY LIMA DIAS DA SILVA; MARCELO PARRINI ABDALLA GOMES; AMANDA FIGUEIRA BUSSADE; WATSON VIANA VIEIRA

RESUMO

INTRODUÇÃO: A intussuscepção intestinal é um processo pelo qual determinado segmento do intestino sofre uma invaginação distal por outro segmento intestinal, resultando em obstrução e compressão vascular da alça invaginada. Ocorre geralmente em crianças, dentro do primeiro ano de vida, com incidência maior no segundo e terceiro trimestre. Entretanto em alguns casos raros a invaginação ocorre em indivíduos acima dos dois anos, e nestes o Divertículo de Meckel pode estar atuando na gênese da invaginação. **OBJETIVO:** Demonstrar um relato de caso cirúrgico realizado no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital São José do Avaí em Setembro de 2010. **RELATO DE CASO:** M.L.O.G, 11 anos, do sexo feminino, foi admitida no Hospital com quadro de dores tipo cólica, de leve intensidade, localizada em fossa ilíaca direita, há três meses, com episódios de distensão abdominal que regredem espontaneamente. No exame físico apresentava dor a palpação abdominal de maior intensidade no quadrante inferior direito. Solicitada uma ultra-sonografia abdominal que evidenciou uma imagem "em alvo" em fossa ilíaca direita, sugestivo de invaginação intestinal. A tomografia computadorizada de abdome mostrou uma leve distensão de intestino delgado. Foi então adotada como conduta diagnóstica da invaginação a realização de uma laparoscopia eletiva que evidenciou um apêndice normal e uma formação diverticular de aspecto alongado compatível com Divertículo de Meckel, que atuava como "cabeça" da invaginação. O achado do divertículo, foi realizada uma diverticulectomia com grameador linear associada a uma apendicectomia com plicatura do ceco na parede abdominal. O material foi então enviado para estudo anatomopatológico confirmando Divertículo de Meckel, sem malignidade. A paciente teve alta no primeiro dia de pós-operatório. **DISCUSSÃO:** O divertículo de Meckel é uma anomalia congênita é formado pela não separação do saco vitelínico e do intestino primitivo, sendo um resquício do ducto onfalomesentérico. A intussuscepção secundária a este é um achado raro que causa manifestações típicas de um quadro de obstrução intestinal, com fortes cólicas, vômitos e distensão abdominal, podendo ocorrer eliminação de muco ou sangue pelo ânus aspecto de "geléia de morango". A avaliação radiológica é necessária devido aos sintomas serem muito inespecíficos, sendo de melhor especificidade a ultra-sonografia abdominal que evidencia uma imagem "em alvo". Exames contrastados com bário ajudam como diagnóstico terapêutico por ajudar a desfazer a invaginação. **CONCLUSÃO:** A intussuscepção secundária ao divertículo de Meckel é uma entidade rara cujas manifestações clínicas incluem mais comumente dores abdominais tipo cólica e distensão abdominal. A cirurgia videolaparoscópica oferece recuperação mais rápida e menos comorbidades a paciente, sendo a sua ressecção realizada para evitar recorrência do quadro.

Área CIRURGIA UROLÓGICA

Apresentação: Tema Livre

078 - NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA: EXPERIÊNCIA INICIAL DO HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA

LESSANDRO CURCIO GONÇALVES; ANTONIO CLAUDIO CUNHA; JUAN RENTERIA; BERNARDO MENDES; LEANDRO ANDRADE; RICARDO FREIRE

RESUMO

Introdução: A nefrectomia parcial por via aberta é o padrão ouro na abordagem dos tumores renais menores que 4 cm, rim únicos, doenças genéticas propensas a evoluírem com neoplasia renal,

para doenças crônicas que afetam o rim, ou para suspeita de tumor benigno. No entanto, a via laparoscópica pode ser utilizada nos casos em que o cirurgião esteja acostumado a cirurgias de grande porte e ao ato de fazer sutura. **Objetivos-** Mostramos a nossa casuística inicial neste tipo de abordagem laparoscópica. **Pacientes e métodos-** Os pacientes foram selecionados de acordo com as indicações supracitadas. A posição era de decúbito lateral contra-lateral. Cinco trocaters eram usados, em caso de usarmos o clamp de Satinsky laparoscópico e 4 para quando tínhamos acesso aos clamps de bulldogs. A cirurgia seguia nessa sequência: Liberação do cólon, identificação do hilo, liberação da gordura perirrenal, Clampeamento do pedículo, secção do tumor com tesoura, sutura do leito e pontos em U objetivando hemostasia renal assim como colocação de cola biológica (Bioglue), abertura do clamp e retirada da peça após drenagem. Por vinte quatro horas de repouso absoluto no leito, os pacientes eram deixados e a alta era dada ao término da drenagem. **Resultados-** De 2007 a 2011, 7 pacientes foram operados por nossa equipe. A média de tempo cirúrgico foi de 164 minutos, tempo de isquemia renal de 28,4 minutos e sangramento de 300 ml, sem necessidade de transfusão em nenhum caso. Não houve necessidade de conversão para cirurgia aberta, porém em um optamos, durante o procedimento, pela nefrectomia radical. A creatinina aumentou, em média 0,4, retornando rapidamente aos níveis pré-cirúrgicos. O tempo médio de internação foi de 3,8 dias. Apenas uma paciente apresentou complicação pós-operatória tardia que necessitou de intervenção cirúrgica (Clavien tipo III b). Cinco pacientes mostraram tumor maligno como resultados da avaliação histopatológica e dois benignos. A única margem cirúrgica positiva foi em um caso de oncocitoma (primeiro caso da série). Todos, com diagnóstico de tumor maligno estão livres da doença, até janeiro de 2011. **Conclusões-** A nefrectomia parcial laparoscópica é um procedimento difícil, requerendo uma equipe treinada para fazê-la, porém é factível. Necessitamos aumentar nossa casuística e talvez, um dia, compararmos de maneira randomizada, com a cirurgia aberta para avaliarmos melhor a sua eficácia.

Apresentação: Tema Livre

079 - ACESSO RENAL POR L.E.S.S.(LAPAROENDOSCOPIC SINGLE-SITE SURGERY).EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA

LESSANDRO CURCIO GONÇALVES; ANTONIO CLAUDIO CUNHA; JUAN RENTERIA; BERNARDO MENDES; LEANDRO ANDRADE; RICARDO FREIRE

RESUMO

Objetivos- Descrever a nossa experiência inicial em LESS (laparoendoscopic single-site surgery) na abordagem ao rim. **Materiais e métodos-** Entre novembro de 2009 e dezembro de 2010, 9 pacientes foram submetidos a procedimentos por LESS. Inicialmente usamos um dispositivo mais rudimentar para casos de cisto renal, migrando para a técnica sem dispositivos para nefrectomia e em seguida para um dispositivo mais elaborado (Gel Port). Os procedimentos seguiram passo-a-passo a cirurgia laparoscópica convencional. **Resultados-** A Cirurgia LESS foi completada em 7 casos (3 de cisto renal e 4 de nefrectomia), sendo que em um caso de nefrectomia (sem dispositivo) houve a conversão para laparoscopia comum e em outro para Hand-assisted. O tempo médio foi de 56 e de 118 minutos para os casos de cisto e de nefrectomia respectivamente. O sangramento foi mínimo, o uso de medicação analgésica ínfimo e o aspecto estético muito satisfatório. **Conclusão-** Em pacientes propriamente selecionados, a abordagem renal por L.E.S.S., com ou sem dispositivos específicos apresenta bons resultados, porém uma casuística maior, assim como comparação randomizada com laparoscopia comum se impõem, a fim de validarmos melhor o método.

Apresentação: Vídeo Livre

080 - NEFRECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA POR LESS ATRAVÉS DE CICATRIZ DE PFANNESTIEL

LESSANDRO CURCIO GONÇALVES; ANTONIO CLAUDIO CUNHA; JUAN RENTERIA; BERNARDO MENDES; LEANDRO ANDRADE; RICARDO FREIRE

RESUMO

Introdução: A introdução da cirurgia laparoscópica por dispositivo único, recentemente denominado L.E.S.S. (laparoendoscopic single-site surgery) demonstrou, de acordo com alguns estudos, menor dor parietal, melhor recuperação pós-operatória e melhor aspecto estético. Porém, a falta de triangulação trazia uma dificuldade para o cirurgião executar o procedimento por LESS. A nefrectomia, através de uma cicatriz prévia de Pfannestiel, ajuda a amenizar essa questão. Mostramos um vídeo de nefrectomia radical, realizado em nosso hospital, por essa via. **Técnica-** A paciente foi posicionada em decúbito lateral esquerdo, após termos introduzido sonda vesical. As partes ósseas foram protegidas com almofadas apropriadas. e a torre de vídeo foi posicionada atrás da paciente, na altura da cabeça da paciente. Foi introduzido um trocater de 12 mm na cicatriz umbilical (sob visão direta) e em seguida, com a visão da câmera foram colocados 3 trocateres na cicatriz de Pfannestiel (1 de 12 mm e 2 de 5 mm) com 1 cm de distância entre estes (Foto 2). A cirurgia se iniciou com a liberação do cólon direito, identificação do ureter, identificação dos vasos do hilo, com ligadura da artéria e veia renal com cliques de polímero do tipo Hem-o-lok, liberação do polo superior e da parte lateral do rim, com a gordura perirrenal englobada. A peça foi retirada, através da união das incisões dos trocateres. **Introdução-** A introdução da cirurgia laparoscópica por dispositivo único, recentemente denominado L.E.S.S. (laparoendoscopic single-site surgery) demonstrou, de acordo com alguns estudos, menor dor parietal, melhor recuperação pós-operatória e melhor aspecto estético. Porém, a falta de triangulação trazia uma dificuldade para o cirurgião executar o procedimento por LESS. A nefrectomia, através de uma cicatriz prévia de Pfannestiel, ajuda a amenizar essa questão. Relatamos uma nefrectomia radical realizado em nosso hospital por essa via. com bolsa plástica e a cavidade abdominal foi drenada com um dreno tipo Blake, saindo pela incisão. **Resultado-** A cirurgia durou 130 minutos, com um sangramento estimado de 300 ml. Começou a se alimentar em 12 horas e foi de alta em 2 dias. Utilizou apenas dipirona, sob demanda, para fins de analgesia. A avaliação histopatológica mostrou tumoração de 8 cm, de aspecto amarelado, ao qual a microscopia demonstrou se tratar de um carcinoma de células claras, grau II de Furhman, sem invasão da fáscia de Gerota (PT2- TNM 2002). A paciente, após 2 meses, está bem, sem herniações e satisfeita com o aspecto estético da incisão. **Conclusão-** A nefrectomia radical por LESS usando cicatriz prévia de cesareana para colocação dos trocateres é factível, trazendo o benefício estético e de pouca dor da cirurgia por single-port, somando-se ao fato que nos permite uma boa triangulação das pinças

Apresentação: Vídeo Livre

081 - PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA- COMPLICAÇÕES PERIOPERATÓRIAS E CASOS DIFÍCEIS

LESSANDRO CURCIO GONÇALVES; ANTONIO CLAUDIO CUNHA; JUAN RENTERIA; LEANDRO ANDRADE; FELIPE GUSMAO; BERNARDO MENDES

RESUMO

Introdução: A prostatectomia radical laparoscópica foi realizada inicialmente por SHUESLLER, em 1992 e desde então vem se disseminando em todo o mundo (assistida ou não por robô) como

método minimamente invasivo de tratar o câncer de próstata. Iniciamos nossos casos em 2002 e agora, com mais de 100 casos realizados, mostramos um vídeo relatando nossas principais dificuldades e complicações peri-operatórias. **Métodos-** O vídeo com os seguintes casos mostrados: lesão de bexiga, lesão de reto, paciente obeso, lobo médio aumentado, paciente com prótese peniana prévia, lesão de complexo da veia dorsal do pênis e paciente submetido a 2 RTUs prévias de próstata. **Resultados-** Todos esses casos foram resolvidos por via laparoscópica, com um leve acréscimo de tempo operatório, porém sem grandes morbidades aos pacientes. **Conclusão-** A prostatectomia radical laparoscópica, em nosso Serviço, é o método de escolha para tratamento de câncer de próstata localizado e localmente avançado e as várias dificuldades e complicações peri-operatórias que advenham, podem ser vencidas por uma equipe médica bem treinada e focada no sucesso do método.

Apresentação: Vídeo Livre

082 - NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA PARA ANGIOMIOLIPOMA GIGANTE COM CLAMPEAMENTO APENAS DA ARTÉRIA RENAL

LESSANDRO CURCIO GONÇALVES; MARCOS AUGUSTO MARINHO; RICARDO FREIRE; ANTONIO CLAUDIO CUNHA; JUAN RENTERIA; LEANDRO DE ANDRADE

RESUMO

Introdução: A nefrectomia parcial é o método de escolha para abordagem de tumores renais (suspeitos de malignidade) menores que 4 cm, para rim único e para pacientes com neoplasia renal de causa hereditária. Já para angiomiolipomas, cujo o comportamento é benigno, que são sintomáticos ou maiores que 4 cm, a nefrectomia poupadora de néfrons e a embolização por radiologia intervencionista se impõem como abordagens eficazes para essa entidade. **Objetivos-** Mostramos, em vídeo, uma nefrectomia parcial laparoscópica bem sucedida de um angiomiolipoma gigante (12 cm). **Metodologia:** Paciente de 37 anos, marceneiro, apresentou dor lombar esquerda súbita de forte intensidade, sem irradiação, náuseas ou vômitos. Negava episódio prévio semelhante. Fez uma ecografia abdominal em emergência que evidenciou massa renal hiperecótica de 10 cm. Fez uma urotomografia que evidenciou massa renal com coeficiente de atenuação predominantemente de gordura, caracterizando um angiomiolipoma. Foi proposto uma nefrectomia parcial laparoscópica, pois não dispúnhamos de radiologia intervencionista. O paciente foi colocado em posição de decúbito lateral direito, um acesso aberto (Hasson) foi feito em região pararrenal esquerda e mais 3 trocateres foram colocados (2 de 5 e 1 de 12 mm). O cólon foi rebatido, o pedículo identificado, a artéria foi clampeada com clamps de bulldog laparoscópico, o tumor foi descolado da porção saudável do rim, ficando preso apenas pelo seu pedículo, que foi em seguida seccionado. A hemostasia do leito renal foi feita com pontos de poligalactina 2.0, ancorados com surgicell® e cola biológica e a peça retirada em saco apropriado. **Resultado:** A cirurgia durou 150 min com 29 minutos de isquemia a quente, sangramento estimado de 350 ml. O paciente se alimentou no primeiro dia de pós-operatório (DPO), sua creatinina sérica não apresentou elevação significativa e recebeu alta no terceiro DPO, após zerar a drenagem de cavidade. O histopatológico confirmou o diagnóstico tomográfico de angiomiolipoma clássico. O paciente está assintomático após 2 meses de acompanhamento ambulatorial. **Conclusões:** A cirurgia poupadora de néfron por via laparoscópica se constitui uma opção bastante atraente no armamentário terapêutico da abordagem ao angiomiolipoma, mesmo em casos de grandes massas tumorais.

Apresentação: Vídeo Livre**083 - PROSTATECTOMIA RADICAL VIDEOLAPAROSCÓPICA (PRVLP) : TÉCNICA DO HOSPITAL GERAL DE IPANEMA PASSO-A-PASSO, APÓS 100 CASOS**

LESSANDRO CURCIO GONÇALVES; ANTONIO CLAUDIO CUNHA; JUAN RENTERIA

RESUMO

Introdução-A prostatectomia radical laparoscópica foi realizada inicialmente por SHUESLLER ,em 1992 e desde então vem se disseminando em todo o mundo (assistida ou não por robô) como método minimamente invasivo de tratar o câncer de próstata. Iniciamos nossos casos em 2001, porém só a partir de 2007, numa segunda fase, demos continuidade e progressão a essa via de acesso. Mostramos, didaticamente, em vídeo a nossa técnica , após experiência de 100 casos. **Materiais e métodos-** Para pacientes com alto risco de reicidiva bioquímica e/ou de acometimento linfonodal fazemos a linfadenectomia. A técnica de pneumoperitôneo aberta é usada e a cirurgia segue dessa maneira: entrada no espaço de Retzius; abertura das fâscias endopélvicas bilateralmente; ligadura do complexo da veia dorsal do pênis (CVDP) com pontos em X de poligalactina 0, agulha de 3,0 cm ou 3,5 cm (dependendo da espessura do CVD); identificação do colo vesical, com abertura anterior e posterior do mesmo, identificação e secção com dos ductos deferentes; liberação das vesículas seminais; abertura da fâscia de Denonvilliers; abordagem do feixe neurovascular com preservação deste ao máximo se indicado , secção do CVDP e da uretra à frio, anastomose vesico-uretral , com chuleio de 2 fios de poligalactina 3.0, amarrados um ao outro; drenagem do Retzius com dreno de aspiração e retirada da peça em bag. **Conclusão-** Após uma boa experiência , de 3 anos contínuos e mais de 100 casos , podemos atestar que a PRVLP é um procedimento factível com bons resultados funcionais e oncológicos , se tornando em nosso Serviço o padrão ouro para tratamento cirúrgico de câncer de próstata localizado.

Apresentação: Vídeo Livre**084 - NEFRECTOMIA POR SINGLE-PORT/ L.E.S.S.(LAPARO- ENDOSCOPIC SINGLE-SITE SURGERY)- SÉRIE DE CASOS**

LESSANDRO CURCIO GONÇALVES; FELIPE GUSMÃO; BERNARDO MENDES; ANTONIO CLAUDIO CUNHA; JUAN RENTERIA

RESUMO

Introdução- Desde a primeira nefrectomia realizada por Clayman no início dos anos 90, a laparoscopia tem avançado por todos os ramos da urologia e se desenvolvido cada vez mais a partir de novas tecnologias. Dentre estas podemos destacar a cirurgia

robótica e mais recentemente a cirurgia com apenas um trocâter que se convencionou chamar de LESS(Laparoendoscopic single-site surgery). Como vantagens do LESS, podemos citar : melhor aspecto estético e segundo alguns autores, menor dor de origem parietal. Mostramos ,em vídeo, nossa técnica de nefrectomia por LESS(4 casos), sendo 3 sem uso de dispositivos apropriados e 1 com o uso do Gel Port. Casos- São 4 pacientes , sendo o caso 1 com quadro de exclusão renal direita por provável estenose de junção uretero-piéllica , o caso(2) de tumor renal esquerdo de 6 cm , mesorrenal e o caso 3 de exclusão renal direita , com hidronefrose gigante. O caso 4 foi de uma exclusão renal esquerda em uma paciente obesa e foi utilizado um dispositivo denominado Gel Port, próprio para cirurgias single-port. **Resultados-** O caso 1 foi feito em 130 minutos, com sangramento de 300 ml. A alta foi dada 2 dias depois, sem uso de medicação opióide ou anti-inflamatória não-esteroidal e o histopatológico mostrou pielonefrite crônica.O caso 2 foi feito em 150 minutos, com sangramento de 600 ml, alta no 4ºDPO, também só com medicação analgésica feita SOS e o histopatológico evidenciou tumor de células renais(pT2b- Grau II de Fuhrman). O caso 3 mostrou uma certa dificuldade na hora da ligadura da veia(após termos ligado a a artéria) , obrigando-nos a converter para cirurgia de laparoscopia comum, através da adição de mais um trocâter de 12 mm. O caso 4 foi realizado em 140 minutos, com mínimo sangramento e a paciente foi de alta em 36 meses, exibindo uma cicatriz de 2,5 cm. **Conclusão-** A cirurgia de LESS é factível para nefrectomias , com ou sem o uso de materiais específicos de single-port, porém não há necessidade de pinças especiais para tal. No entanto , a partir do momento em que esses materiais forem se aperfeiçoando e barateando , aos poucos o seu uso pode ser justificado.A pouca dor e o bom aspecto estético podem justificar o seu uso. Estudos comparativos , randomizados e duplo-cegos são necessários para sua comparação eficaz com a laparoscopia convencional.

Apresentação: Vídeo Livre**085 - REIMPLANTE URETERAL EM ENDOMETRIOSE PROFUNDA**

WILLIAM KONDO; DIOGO PARENTE FALCÃO; ANIBAL WOOD BRANCO; LUCIANO C. STUNITZ; SANDRO NICHELE; PEDRO NEVES; MONICA T. ZOMER

RESUMO

A cirurgia permanece o melhor tratamento para a endometriose profunda. A técnica cirúrgica é essencial para o manejo adequado da doença; no entanto, a técnica é raramente ensinada e descrita em detalhes. Esta apresentação descreverá em detalhes a técnica atualmente empregada para o implante ureteral em casos de endometriose profunda e os detalhes que permitem a reprodução e até mesmo o aperfeiçoamento da técnica por outros cirurgiões.

