

ISSN 1983-9901  
ISSN ONLINE 1983-991X



# Brazilian Journal of Videoendoscopic Surgery

OFFICIAL JOURNAL OF BRAZILIAN  
SOCIETY OF VIDEOSURGERY  
Vol 5 - Suppl. nº1 - September 2012

## 11º Congresso Brasileiro de **VIDEOCIRURGIA**

*18 a 21 de julho de 2012*

*Windsor Barra Hotel*

*Rio de Janeiro - BRASIL*



Year 5

Vol. 5  
Supl. Number 1



Executive Board of Directors  
SOBRACIL - TRIÊNIO 2010-2012

**President**

ANTONIO BISPO SANTOS JUNIOR

**1<sup>st</sup> Vice-President**

FABIO GUILERME C.M. DE CAMPOS

**2<sup>nd</sup> 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**

**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 Distribuiton to:  
SOBRACIL Associate Members

**Subscription and Contact:**

revista@sobracil.org.br

ISSN 1983-9901 (press) / 1983-991X (on-line)

**Eletronic version at:**

www.sobracil.org.br

# Brazilian Journal of Videoendoscopic Surgery

September 2012

Official Journal of the Brazilian Society of Videosurgery

**EDITOR-IN-CHIEF**

Marco Aurelio Pinho de Oliveira (RJ)

**TECHNIQUE EDITOR**

José Anacleto Resende Junior (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 Nácul (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 Charles Morrell (SP), Alexandre Miranda Duarte (RJ), Antonio de Pádua Medeiros de Carvalho (AL), Aureo Ludovico de Paula (GO), Celso Luiz Empinotti (SC), Claudio Jose Caldas Bresciani (SP), Claudio Peixoto Crispi (RJ), Delta Madureira Filho (RJ), Edna Delabio Ferraz (RJ), Edvaldo Fabel (BA), Elizabeth Gomes dos Santos (RJ), Fabricio Borges Carreterete (RJ), Francisco Luis Altenburg (SC), Francisco Sergio Pinheiro Regadas (CE), Homero Leal Meirelles Junior (RJ), Joao de Aguiar Pupo Neto (RJ), Jose de Ribamar Saboia de Azevedo (RJ), Luis Claudio Pandini (SP), Luiz Augusto Henrique Melki (RJ), Luis Carlos Losso (SP), Lutegarde Vieira Freitas (RJ), Marco Antonio Cezario de Melo (PE), Marcos Bettini Pitombo (RJ), Maria Cristina Araujo Maya (RJ), Mario Ribeiro (MG), Nelson Ary Brandalise (SP), Osorio Miguel Parra (SP), Paulo Cezar Galvão do Amaral (BA), Paulo Roberto Cara (RS), Paulo Roberto Savassi Rocha (MG), Renam Catharina Tinoco (RJ), Ricardo Bassil Lasmar (RJ), Ricardo Paiva Araujo Scheiba Zorron (RJ), Roberto Saad Junior (SP), Ronaldo Damião (RJ), Sergio Brenner (PR), Sergio 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)

**English translator** - Leigh Jonathan Passman

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

---

**11<sup>o</sup> Congresso Brasileiro de  
VIDEOCIRURGIA**

*18 a 21 de julho de 2012*

*Windsor Barra Hotel*

*Rio de Janeiro - BRASIL*



# 11º Congresso Brasileiro de VIDEOCIRURGIA

*18 a 21 de julho de 2012*

*Windsor Barra Hotel*

*Rio de Janeiro - BRASIL*

## Índice Geral dos Trabalhos Científicos

*Área:*

### **CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA**

Apresentação: Poster

**001 - PROCEDIMENTO SIMPLIFICADO PARA COLOCAÇÃO E RETIRADA DE BALÃO INTRAGÁSTRICO MOSTRA SEGURANÇA E EFICIÊNCIA**

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; ADRIANO DE CARVALHO SALES; RAFAELA LOPES PEREIRA GOUVEIA; DIEGO LAURENTINO LIMA; CAMILA CAIRES ALVINO DE LIMA; LEIDIANNY FIRMINO COSTA; IANELE BRAGA VILELA DE MELO

Apresentação: Poster

**002 - PACIENTES NÃO OBESOS SÃO BENEFICIADOS COM O USO DE BALÕES INTRAGÁSTRICOS?**

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; ADRIANO DE CARVALHO SALES; RAFAELA LOPES PEREIRA GOUVEIA; DIEGO LAURENTINO LIMA; CAMILA CAIRES ALVINO DE LIMA; LEIDIANNY FIRMINO COSTA; IANELE BRAGA VILELA DE MELO

Apresentação: Poster

**003 - DEIXAR DE FUMAR APÓS COLOCAÇÃO DE BALÃO INTRA-GÁSTRICO: UM INTERESSANTE “EFEITO COLATERAL”**

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; DIEGO LAURENTINO LIMA; ADRIANO DE CARVALHO SALES; RAFAELA LOPES PEREIRA GOUVEIA; CAMILA CAIRES ALVINO DE LIMA; LEIDIANNY FIRMINO COSTA; IANELE BRAGA VILELA DE MELO

Apresentação: Vídeo Livre

**004 - ROTINA DO BYPASS SIMPLIFICADO: EXECUÇÃO EM 7 PASSOS**

ANA CAROLINA BROCHADO GEIST; LUIS ALBERTO DE CARLI; MARCOS TANG; FERNANDO KREBS CIRNE LIMA; PAULO CERUTTI FRANCISCATTO; ANDRÉ VICENTE BIGOLIN

Apresentação: Vídeo Livre

**005 - GASTROPLASTIA REDUTORA EM Y DE ROUX LAPAROSCÓPICA NO SITUS INVERSUS PARCIALIS**

JEHOVAH GUIMARÃES TAVARES; AUGUSTO CLAUDIO DE ALMEIDA TINOCO; RENAM CATHARINA TINOCO; LUCIANA JANENE EL-KADRE; LIVIA RODRIGUES DE AGUIAR; TARCIANNA RIBEIRO SANTOS; RAPHAEL ARAUJO COSTA

Apresentação: Vídeo Livre

**006 - COLOCAÇÃO DE BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL - TÉCNICA SIMPLES E SEM SUTURAS**

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; ADRIANO DE CARVALHO SALES; MATHEUS MENEZES GOMES; INGRID LAÍS VIEIRA RODRIGUES; JUSCIELLE DE SOUZA BARROS; ANA RAFELA ALMEIDA MORAES; JOSÉ ANDRÉ DA SILVA CORREIA

Apresentação: Vídeo Livre

**007 - ACESSO RÁPIDO AO CÓLON TRANSVERSO DURANTE A COLECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA**

SÉRGIO EDUARDO ALONSO ARAUJO; VICTOR EDMUND SEID; LUCAS DE ARAUJO HORCEL; ALEXANDRE BRUNO BERTONCINI; ALINE MARCILIO ALVES; SERGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO

Apresentação: Vídeo Livre

**008 - COLECTOMIA DIREITA VIDEOLAPAROSCÓPICA POR PORTAL ÚNICO**

SÉRGIO EDUARDO ALONSO ARAUJO; VICTOR EDMUND SEID; LUCAS DE ARAUJO HORCEL; ALEXANDRE BRUNO BERTONCINI; ALINE MARCILIO ALVES; SERGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO

Apresentação: Vídeo Livre

**009 - MICROCIRURGIA ENDOSCÓPICA TRANSANAL: ASPECTOS TÉCNICOS**

CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES

Apresentação: Vídeo Livre

**010 - MICROCIRURGIA ENDOSCÓPICA TRANSANAL NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ADENOCARCINOMA DO RETO DISTAL CT2N0 APÓS QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTES**

SERGIO EDUARDO ALONSO ARAUJO; VICTOR EDMUND SEID; ALINE MARCILIO ALVES; ALEXANDRE BRUNO BERTONCINI; LUCAS DE ARAUJO HORCEL

Apresentação: Vídeo Livre

**011 - RETOSSIGMOIDECTOMIA ONCOLÓGICA VIDEOLAPAROSCÓPICA POR PORTAL ÚNICO**

SÉRGIO EDUARDO ALONSO ARAÚJO; VICTOR EDMOND SEID; ALINE MARCILIO ALVES; ALEXANDRE BRUNO BERTONCINI; LUCAS DE ARAUJO HORCEL; SERGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO

Apresentação: Vídeo Livre

**012 - MICROCIRURGIA ENDOSCÓPICA TRANSANAL PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO RADICAL DO ADENOCARCINOMA UT1 DO RETO DISTAL**

SERGIO EDUARDO ALONSO ARAUJO; VICTOR EDMOND SEID; ALINE MARCILIO ALVES; ALEXANDRE BRUNO BERTONCINI; LUCAS DE ARAUJO HORCEL

Apresentação: Vídeo Livre

**013 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PROCIDÊNCIA DE RETO EM PACIENTE JOVEM COM DOENÇA PSIQUIÁTRICA – SACROPROMONTOFIXAÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA**

BEATRIZ CAMARGO AZEVEDO; RODRIGO AMBAR PINTO; HENRIQUE DAMETTO GIROUD JOAQUIM; SÉRGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO

## Área CIRURGIA GERAL

Apresentação: Poster

**014 - HEMORRAGIA DIGESTIVA POR TUMOR GLÔMICO GÁSTRICO – RELATO DE CASO**

MARIANA TROCCOLI; PAULA PERUZZI ELIA; ALVARO A. G. FREIRE; GUTEMBERG CORREIA DA SILVA; GREGORIO FELDMAN; JOSE MAURO TEIXEIRA; M. P. ALMEIDA

Apresentação: Poster

**015 - COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA COMO TRATAMENTO EM IDOSOS COM COLECISTOLITÍASE**

MARIANE ARAÚJO PUIATTI; GISELLE MARTINS ABREU; NAYARA MARIA MARTINS PEREIRA; TÁISA RODRIGUES BENEVENUTE; MARCELO BASTOS WEISS; JULIANA ALMEIDA DO VALLE

Apresentação: Poster

**016 - HEPATECTOMIA LAPAROSCÓPICA: INDICAÇÕES E RESULTADOS EM 24 DOENTES OPERADOS**

SERGIO RENATO PAIS-COSTA; SERGIO LUIZ MELLO ARAUJO; VICTOR NETTO FIGUEIREDO; OLIMPIA ALVES TEIXEIRA LIMA

Apresentação: Poster

**017 - RE-HEPATECTOMIA LAPAROSCÓPICA PARA HEPATOCARCINOMA FIBROLAMELAR: RELATO DE CASO**

SERGIO RENATO PAIS-COSTA; SERGIO LUIZ MELLO ARAUJO; VICTOR NETTO FIGUEIREDO; OLIMPIA ALVES TEIXEIRA LIMA

Apresentação: Poster

**018 - TRATAMENTO CIRÚRGICO-CITORREDUÇÃO POR VIA LAPAROSCÓPICA PARA O CÂNCER DE OVÁRIO: UMA SÉRIE DE 5 CASOS**

SERGIO RENATO PAIS-COSTA; SERGIO LUIZ MELLO ARAUJO; VICTOR NETTO FIGUEIREDO; OLIMPIA ALVES TEIXEIRA LIMA

Apresentação: Poster

**019 - RESECÇÃO LAPAROSCÓPICA DE LEIOMIOSSARCOMA RETROPERITONIAL: RELATO DE CASO**

SERGIO RENATO PAIS-COSTA; SERGIO LUIZ MELLO ARAUJO; VICTOR NETTO FIGUEIREDO; OLIMPIA ALVES TEIXEIRA LIMA

Apresentação: Poster

**020 - MESOPANCREATECTOMIA LAPAROSCÓPICA POR CISTOADENOMA MUCINOSO: RELATO DE CASO**

SERGIO RENATO PAIS-COSTA; SERGIO LUIZ MELLO ARAUJO; VICTOR NETTO FIGUEIREDO; OLIMPIA ALVES TEIXEIRA LIMA

Apresentação: Poster

**021 - SETORECTOMIA POSTERIOR DIREITA AMPLIADA POR VIA HÍBRIDA PARA METÁSTASE HEPÁTICA DE SARCOMA COM INVASÃO DE ARCOS COSTAIS: RELATO DE CASO**

SERGIO RENATO PAIS-COSTA; SERGIO LUIZ MELLO ARAUJO; VICTOR NETTO FIGUEIREDO; OLIMPIA ALVES TEIXEIRA LIMA

Apresentação: Poster

**022 - O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA APÓS SIMPATECTOMIA LOMBAR RETROPERITONIOSCÓPICA**

SONIA OLIVEIRA LIMA; GLEIDE MARIA GATTO BRAGANÇA; ALOISIO FERREIRA PINTO NETO; JOSÉ MACHADO NETO; GUSTAVO NABUCO FARO DANTAS BAPTISTA; VANESSA ROCHA DE SANTANA; FRANCISCO PRADO REIS

Apresentação: Poster

**023 - TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO DA OBSTRUÇÃO INTESTINAL – RELATO DE CINCO CASOS**

BRENO JOSÉ PALMIERI; FERNANDO CAMPOS DE QUEIROZ; RAFAEL M. C. PIRFO; RHAFIR GONÇALVES; PEDRO J CARDOSO; TACIANA S. R. DE QUEIROZ

Apresentação: Poster

**024 - ACESSO INFRAMAMARIO VERSUS INFRAREOLAR NA SIMPECTOMIA TORACOSCÓPICA NO TRATAMENTO DA HIPERIDROSE PRIMARIA**

SONIA OLIVEIRA LIMA; ALOISIO FERREIRA PINTO NETO; JOSÉ MACHADO NETO; GUSTAVO NABUCO FARO DANTAS BAPTISTA; MARIA ZULEIDE FELIZOLA LEÃO ALMEIDA; VANESSA ROCHA DE SANTANA; FRANCISCO PRADO REIS

Apresentação: Poster

**025 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASSAS HEPÁTICAS EM PACIENTE FEMININO – RELATO DE CASO**

NICOLA FIORINO BIANCARDI; DIANA BRAZIELLAS JUSTINIANO; MARIANA DA SILVA HASSAN; DANIELLA ALMEIDA DE PAIVA; MARINA FIORINO BIANCARDI; MARCELLE MARQUES MAGALHÃES; MARCOS FILGUEIRAS

Apresentação: Poster

**026 - GESTANTE COM APENDICITE AGUDA: RELATO DE CASO E DISCUSSÃO SOBRE APENDICECTOMIA LAPAROSCÓPICA OU ABERTA**

NAYARA MARIA MARTINS PEREIRA; GISELLE MARTINS ABREU; MARIANE ARAÚJO PUIATTI; TAÍSA RODRIGUES BENEVENUTE; JULIANA ALMEIDA DO VALLE; MARCELO BARROS WEISS

Apresentação: Poster

**027 - APENDICECTOMIA VIDEOASSISTIDA POR ACESSO ÚNICO TRANSUMBILICAL COMPARADA COM A CONVENCIONAL E COM A LAPAROSCÓPICA**

GERALDO JOSÉ DE SOUZA LIMA; RODRIGO FABIANO GUEDES LEITE; GUSTAVO MUNAYER ABRAS; GRAZIELA MACHADO BONFIM; RENATA SPADON DA SILVA; DIEGO PIRES RAMALHO; FABIO CUNHA PEIXOTO

Apresentação: Poster

**028 - COLÉCISTECTOMIA MINILAPAROSCÓPICA SEM CLIPS COMO UMA ALTERNATIVA EFICIENTE, SEGURA E CUSTO-EFETIVA EM PLENA ERA DO SINGLE PORT E DO N.O.T.E.S. - ESTUDO COM 1508 CASOS**

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; ADRIANO DE CARVALHO SALES; RAFAELA LOPES PEREIRA GOUVEIA; DIEGO LAURENTINO LIMA; CAMILA CAIRES ALVINO DE LIMA; LEIDIANNY FIRMINO COSTA; IANELE BRAGA VILELA DE MELO

Apresentação: Poster

**029 - HERNIORRAFIA INCISIONAL VIDEOLAPAROSCÓPICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA INICIAL**

PEDRO ROMANELLI DE CASTRO; BRUNO CUNHA CHAMONE; RICARDO AUGUSTO COUTO MARTINS; ÁTILA MAGALHÃES VICTÓRIA; CECÍLIA ALCÂNTARA BRAGA; JOÃO PAULO DOS SANTOS GOUVÊA

Apresentação: Poster

**030 - LINFADENECTOMIA LAPAROSCÓPICA PÉLVICA APÓS IMPREGNAÇÃO INTRADÉRMICA DE MARCADOR LINFÁTICO EM NEOPLASIA MAMÁRIA DE UMA CADELA: ESTUDO PILOTO**

FERNANDO WIECHETECK DE SOUZA; MAURÍCIO VELOSO BRUN; ANDRIGO BARBOZA DE NARDI; RAFAEL RICARDO HUPPES; CAROLINA QUARTERONE; TALITA MARIANA MORATA RAPOSO

Apresentação: Poster

**031 - ESTUDO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES SADIOS E PORTADORES DE COMORBIDADES SUBMETIDOS A CIRURGIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS**

LUIZ VIANNA DE OLIVEIRA; MAGNO CEZAR AMARAL DE SOUZA JUNIOR; PAULO ANDRÉ JESUINO DOS SANTOS; BRENO SANTOS AMARAL; THAIGO PAULO TEIXEIRA DOS SANTOS; MATHEUS ROCHA ARAUJO; MATEUS MARQUES DE AMORIM

Apresentação: Poster

**032 - ESTUDO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS DE URGÊNCIA E ELETIVAS**

LUIZ VIANNA DE OLIVEIRA; MAGNO CEZAR AMARAL DE SOUZA JUNIOR; PAULO ANDRÉ JESUINO DOS SANTOS; BRENO SANTOS AMARAL; TANCREDO ALCÂNTARA FERREIRA JUNIOR; ALAN FONSECA AIRES; TOMÁS VILASBOAS VIANA

Apresentação: Poster

**033 - ESTUDO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES SADIOS E PORTADORES DE COMORBIDADES SUBMETIDOS A APENDICECTOMIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS**

LUIZ VIANNA DE OLIVEIRA; MAGNO CEZAR AMARAL DE SOUZA JUNIOR; PAULO ANDRÉ JESUINO DOS SANTOS; SAIONARA MARIA NUNES NASCIMENTO; PEDRO BOTELHO DE ALENCAR FERREIRA CRUZ; LUDMILLA ACELINA CANDIDO SANTOS; ISADORA TELES SANJUAN

Apresentação: Poster

**034 - ESTUDO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES SADIOS E PORTADORES DE COMORBIDADES SUBMETIDOS A COLECISTECTOMIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS**

LUIZ VIANNA DE OLIVEIRA; MAGNO CEZAR AMARAL DE SOUZA JUNIOR; PAULO ANDRÉ JESUINO DOS SANTOS; TANCREDO ALCÂNTARA FERREIRA JUNIOR; SAIONARA MARIA NUNES NASCIMENTO; ANA CAMILA NOGUEIRA BORGES; FELIPE SAMPAIO ROSA RIBEIRO

Apresentação: Poster

**035 - INTERFERÊNCIA DA PROTEÇÃO PLÁSTICA NA COLONIZAÇÃO DA MESA DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS DURANTE O ATO OPERATÓRIO**

ALINE MESQUITA AMARAL; AUGUSTO DIOGO FILHO; MILEIDE MARIA DE ASSUNÇÃO SOUSA; PATRÍCIA ARAÚJO BARBOSA; PAULO PINTO GONTIJO FILHO

Apresentação: Poster

**036 - SÍNDROME DO CECO MÓVEL: IMPORTÂNCIA DA SUSPEIÇÃO CLÍNICA E DA LAPAROSCOPIA NO DIAGNÓSTICO E MANEJO OPERATÓRIO**

ROBERTO MARCELLUS DE BARROS SENA; CARLOS AUGUSTO GOMES; RODRIGO DE OLIVEIRA PEIXOTO; CLEBER SOARES JUNIOR; RACHEL MOREIRA PRADO SENA; CAMILA COUTO GOMES; RODRIGO PEREIRA PEIXOTO

Apresentação: Poster

**037 - RESSECÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA DE CISTO DE ÚRACO**

LORENA LIMA SILVA; JORGE ALBERTO DE RESCALA; ALVARO NONATO DE SOUZA; CARLOS ANDRADE ALMEIDA; GABRIEL CRUZ CARNEIRO; FABIANA OLIVEIRA LEAL; DIEGO PALMEIRA RONGEL

Apresentação: Poster

**038 - TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO DE ILEÍTE EROSIVA POR USO DE AINE: UM RELATO DE CASO**

ROBERTO MARCELLUS DE BARROS SENA; CARLOS AUGUSTO GOMES; RODRIGO DE OLIVEIRA PEIXOTO; CLEBER SOARES JUNIOR; PAULA DE ASSIS PEREIRA ALVES; CAMILA COUTO GOMES; RODRIGO PEREIRA PEIXOTO

Apresentação: Poster

**039 - PANCREATECTOMIA DISTAL LAPAROSCÓPICA ASSOCIADA COM PRESERVAÇÃO ESPLÊNICA EM TUMORES NEUROENDÓCRINOS**

GLEYDSON CESAR DE OLIVEIRA BORGES; THIAGO DE AQUINO CRUZ; IGOR PICANÇO DE VASCONCELOS; RAQUEL REIS RIBEIRO; ANTÔNIO VINICIUS DE ASSIS FEITOSA JUNIOR; VICTOR DE CARVALHO MACIEL GIRÃO; ALFREDO LIMA FILHO

Apresentação: Poster

**040 - PANCREATECTOMIA DISTAL LAPAROSCÓPICA ASSOCIADA COM PRESERVAÇÃO ESPLÊNICA EM TUMORES PANCREÁTICOS CÍSTICOS**

GLEYDSON CESAR DE OLIVEIRA BORGES; THIAGO DE AQUINO CRUZ; YOHANA GURGEL BARBOSA REIS DE OLIVEIRA; HUYLME LUCENA CHAVES; ANTÔNIO VINICIUS DE ASSIS FEITOSA JUNIOR; GALILEU FERREIRA AYALA FARIAS; LIA ALVES MARTINS MOTA

Apresentação: Poster

**041 - VIDEOCOLECISTECTOMIA CONVENCIONAL E SINGLE TROCCAR ACCESS (SITRACC) – ESTUDO COMPARATIVO**

JAMES SKINOVSKY; MAURÍCIO CHIBATTA; ADEMIR ROBERTO PELIZZARI JUNIOR; OCTÁVIO RODRIGUES CURTI FRASCARELI; RICARDO DITZEL DELLE DONNE; VITOR BRANDANI GARBELINI; ANDRÉ HENARES CAMPOS SILVA

Apresentação: Poster

**042 - PAPEL DA LAPAROSCOPIA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PSEUDOCISTO PANCREÁTICO**

GLEYDSON CESAR DE OLIVEIRA BORGES; THIAGO DE AQUINO CRUZ; IGOR FREITAS DE LUCENA; IGOR PICANÇO DE VASCONCELOS; RAQUEL REIS RIBEIRO; YOHANA GURGEL BARBOSA REIS DE OLIVEIRA; ANTÔNIO VINICIUS DE ASSIS FEITOSA JUNIOR

Apresentação: Poster

**043 - PORTAL ÚNICO BHIOSUPPLY CENTRYPORT® EM CURSO DE IMERSÃO EM VIDEOCIRURGIA: AVALIAÇÃO DE SEU USO POR CIRURGIÕES EM TREINAMENTO**

JOSÉ GUSTAVO OLIJNYK; LEANDRO TOTTI CAVAZZOLA; PAULO ROBERTO WALTER FERREIRA; ELIAS COUTO; MIGUEL PRESTES NÁCUL; JONATAN WILLIAM RODRIGUES JUSTO

Apresentação: Poster

**044 - HERNIOPLASTIA VIDEOLAPAROSCÓPICA POR SINGLE PORT – RELATO DO 1º CASO NO NORTE-NORDESTE**

GLEYDSON CESAR DE OLIVEIRA BORGES; THIAGO DE AQUINO CRUZ; IGOR FREITAS DE LUCENA; IGOR PICANÇO DE VASCONCELOS; RAQUEL REIS RIBEIRO; HUYLME LUCENA CHAVES; ALFREDO LIMA FILHO

Apresentação: Poster

**045 - APENDICECTOMIA VIDEOASSISTIDA POR ACESSO ÚNICO TRANSUMBILICAL. ANÁLISE DE 579 CASOS**

GERALDO JOSÉ DE SOUZA LIMA; RODRIGO FABIANO GUEDES LEITE; GUSTAVO MUNAYER ABRAS; VERA LUCIA ANDRADE GONCALVES; EDNO SOUZA OLIVEIRA; GRAZIELA MACHADO BONFIM; LEANDRO AVELAR

Apresentação: Poster

**046 - COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA POR SINGLE-SITE. ANÁLISE DE 40 CASOS**

GERALDO JOSÉ DE SOUZA LIMA; RODRIGO FABIANO GUEDES LEITE; GUSTAVO MUNAYER ABRAS; VERA LUCIA ANDRADE GONÇALVES; EDNO SOUZA OLIVEIRA; THIAGO ANTUNES FERRARI; RENATA SPADON DA SILVA

Apresentação: Poster

**047 - EXCISÃO DE CISTO DE COLÉDOCO E ANASTOMOSE EM Y DE ROUX UTILIZANDO TÉCNICA HÍBRIDA: SINGLE-PORT-MINILAPAROSCOPIA**

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; ADRIANO DE CARVALHO SALES; RAFAELA LOPES PEREIRA GOUVEIA; DIEGO LAURENTINO LIMA; CAMILA CAIRES ALVINO DE LIMA; LEIDIANNY FIRMINO COSTA; IANELE BRAGA VILELA DE MELO

Apresentação: Poster

**048 - DENTRE AS NOVAS ABORDAGENS CIRÚRGICAS MINIMAMENTE INVASIVAS - NOTES, LESS E MINI - QUAL TERIA MAIOR ACEITAÇÃO ENTRE OS PACIENTES?**

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; RAFAELA LOPES PEREIRA GOUVEIA; ADRIANO DE CARVALHO SALES; DIEGO LAURENTINO LIMA; CAMILA CAIRES ALVINO DE LIMA; LEIDIANNY FIRMINO COSTA; IANELE BRAGA VILELA DE MELO

Apresentação: Poster

**049 - PROJETO SALA INTELIGENTE MODULAR**

PAULO CERUTTI FRANCISCATTO; MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; ISIDORO HENRIQUE GOLDRAICH; ANA CAROLINA BROCHADO GEIST; VALTER HOESLER; MIGUEL CERUTTI FRANCISCATTO

Apresentação: Poster

**050 - HERNIORRAFIA INGUINAL MINILAPAROSCÓPICA - ABORDAGEM COMBINADA TAPP-TEP**

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; MARCELO P LOUREIRO; CHRISTIANO P CLAUS; ANTONIO M CURY; ADRIANO DE CARVALHO SALES; DIEGO LAURENTINO LIMA; FLÁVIO AUGUSTO MARTINS FERNANDES JÚNIOR

Apresentação: Poster

**051 - INVESTIGAÇÃO QUANTO À REDUÇÃO OU DESAPARECIMENTO DE ESÔFAGO DE BARRETT EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA ANTI-REFLUXO VIDEOLAPAROSCÓPICA EM HOSPITAL PÚBLICO DO RECIFE**

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; ADRIANO DE CARVALHO SALES; RAFAELA LOPES PEREIRA GOUVEIA; EDUARDO FELIPE DE CARVALHO CHAVES; CAMILA CAIRES ALVINO DE LIMA; LEIDIANNY FIRMINO COSTA; IANELE BRAGA VILELA DE MELO

Apresentação: Poster

**052 - ESTUDO RETROSPECTIVOS DOS CASOS DE NEOPLASIA MALIGNA OPERADOS POR CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA (CMI)**

ROBERTO HELENO LOPES; JULIANA BOLANDINI DE MATOS; FILIPE FRANCISCO HEINS; FREDERICO AUGUSTUS MARTINS RESENDE; ALEXANDRE FERREIRA; JOAO BAPTISTA DE PAULA FRAGA; RODRIGO FARIA GOMES

Apresentação: Poster

**053 - RETIRADA DE VESÍCULA RESIDUAL REMANESCENTE ATRAVÉS DE LAPAROSCOPIA**

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; ADRIANO DE CARVALHO SALES; RAFAELA LOPES PEREIRA GOUVEIA; DIEGO LAURENTINO LIMA; CAMILA CAIRES ALVINO DE LIMA; LEIDIANNY FIRMINO COSTA; IANELE BRAGA VILELA DE MELO

Apresentação: Vídeo Livre

**054 - TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO DE PACIENTE PORTADORA DE SÍNDROME DE MIRIZZI**

MARCO CEZARIO DE MELO; OSCAR LUIS BARRETO; ROBERTO LUSTOSA; ROMMEL PIERRE; STEVE MENDES; RAFAEL BARRETO

Apresentação: Vídeo Livre

**055 - PANCREATOJEJUNOSTOMIA LAPAROSCÓPICA EM PORTADORA DE PANCREATITE CRÔNICA COM LITÍASE EM WIRSUNG DILATADO**

MARCO CEZARIO DE MELO; OSCAR LUIS BARRETO; ROBERTO LUSTOSA; ROMMEL PIERRE; STEVE MENDES; RAFAEL BARRETO

Apresentação: Vídeo Livre

**056 - CARDIOMIOTOMIA À HELLER E FUNDOPLICATURA PARCIAL ROBÓTICA. RELATO DE CASO**

VLADIMIR SCHRAIBMAN; ANTONIO LUIZ DE VASCONCELLOS MACEDO; MARINA GABRIELLE EPSTEIN; GABRIEL MACCAPANI; SAMUEL OKAZAKI

Apresentação: Vídeo Livre

**057 - TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO DO TUMOR DE KLATSKIN**

MARCELAUTRAN CESAR MACHADO; MIKI MOCHIZUKI; FABIO FERRARI MAKDISSI; RODRIGO CANADA SURJAN

Apresentação: Vídeo Livre

**058 - COLECISTECTOMIA MINIMAMENTE INVASIVA TÉCNICA COMBINADA**

ANGELO BUSTANI LOSS; CARLOS AUGUSTO MARTINEZ MARINS; LUCAS VINHAS; PAULO SILVEIRA

Apresentação: Vídeo Livre

**059 - PANCREATECTOMIA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA POR CÂNCER DE PÂNCREAS COM INVASÃO ESPLENO-MESENTÉRICO-PORTAL**

MARCELAUTRAN CESAR MACHADO; RODRIGO C. SURJAN; FABIO FERRARI MAKDISSI

Apresentação: Vídeo Livre

**060 - HEPATECTOMIA CENTRAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA**

MARCELAUTRAN CESAR MACHADO; RODRIGO C. SURJAN; FABIO FERRARI MAKDISSI

Apresentação: Vídeo Livre

**061 - OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR HÉRNIA INTERNA DE LIGAMENTO LARGO**

FLAVIO MALCHER DE OLIVEIRA; GUSTAVO SAMPAIO; CLAUDIA JOAQUIM

Apresentação: Vídeo Livre

**062 - COLEDOCOLITÍASE: ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA**

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

Apresentação: Vídeo Livre

**063 - ALTERNATIVA BARATA À COLOCAÇÃO DE TELA NAS HÉRNIAS HIATAIS GIGANTES – USO DE PERICÁRDIO BOVINO**

BEATRIZ CAMARGO AZEVEDO; SERGIO SZACHNOWICZ; ANDRÉ DUARTE; RUBENS ANTONIO AISSAR SALLUM; IVAN CECCONELLO

Apresentação: Vídeo Livre

**064 - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE HÉRNIA INGUINAL VIA TRANSABDOMINAL PRÉ-PERITONIAL**

SONIA OLIVEIRA LIMA; ALOISIO FERREIRA PINTO NETO; JOSÉ MACHADO NETO; GUSTAVO NABUCO FARO DANTAS BAPTISTA; ALLINE OLIVEIRA DA SILVA PORTO; VANESSA ROCHA DE SANTANA; FRANCISCO PRADO REIS

Apresentação: Vídeo Livre

**065 - ENDOMETRIOSE PROFUNDA INFILTRATIVA: RELATO DE CASO COM ACOMETIMENTO VESICAL E INTESTINAL**

FERNANDA DINELLI SCALA; GEOVANA BRANDÃO SIMÕES LEITE; PEDRO ROMANELLI DE CASTRO; THAISA BARBOSA; LUCIANA PYRAMO; LUCIANO FREITAS

Apresentação: Vídeo Livre

**066 - TÉCNICA E TÁTICA DA CORREÇÃO CIRÚRGICA ENDOSCÓPICA DE HÉRNIA HIATAL GIGANTE**

SÔNIA OLIVEIRA LIMA; JOSÉ MACHADO NETO; ALOISIO FERREIRA PINTO NETO; VANESSA ROCHA SANTANA; GUSTAVO NABUCO FARO DANTAS BAPTISTA; MARCOS ANTÔNIO PRADO NUNES; RICARDO LUIZ CAVALCANTI ALBURQUERQUE JUNIOR

Apresentação: Vídeo Livre

**067 - ESOFAGECTOMIA LAPAROSCÓPICA POR VIDEOTORACOSPIA EM DECUBITO VENTRAL**

HELLEN SONALY BARRETO GONCALVES; FERNANDA LANDE ROSA; FERNANDO A. V. MADUREIRA; FABIO A. V. MADUREIRA; DELTA MADUREIRA FILHO

Apresentação: Vídeo Livre

**068 - HERNIORRAFIA INCISIONAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA - FISIOLÓGICA DA PAREDE ABDOMINAL E METODIZAÇÃO DA TÉCNICA**

ANGELO BUSTANI LOSS; CARLSO AUGUSTO MARTINEZ MARINS; LUCAS VINHAS; EDUARDO KANAAN

Apresentação: Vídeo Livre

**069 - ALTERNATIVAS TÉCNICAS HETERODOXAS NA HERNIOPLASTIA INGUINAL VÍDEO-ENDOSCÓPICA**

MIGUEL PRESTES NÁCUL; LEANDRO TOTTI CAVAZZOLA; JOSÉ GUSTAVO OLIJNYK

Apresentação: Vídeo Livre

**070 - SITUAÇÕES E COMPLICAÇÕES EM HERNIOPLASTIAS INGUINAIS VÍDEO-ENDOSCÓPICA TÉCNICA TRANS-PERITONEAL - TAPP**

MIGUEL PRESTES NÁCUL

Apresentação: Vídeo Livre

**071 - SITUAÇÕES E COMPLICAÇÕES EM HERNIOPLASTIAS INGUINAIS VÍDEO-ENDOSCÓPICA TÉCNICA EXTRA-PERITONEAL - TEP**

MIGUEL PRESTES NÁCUL

Apresentação: Vídeo Livre

**072 - APENDICECTOMIA VIDEOASSISTIDA POR ACESSO ÚNICO TRANSUBILICAL**

RENATA SPADON DA SILVA; GERALDO JOSÉ DE SOUZA LIMA; GUSTAVO MUNAYER ABRAS; RODRIGO FABIANO GUEDES LEITE; EDNO SOUZA OLIVEIRA; GRAZIELA MACHADO BONFIM; LIVIO JOSÉ SURETTI PIRES

Apresentação: Vídeo Livre

**073 - SÍNDROME DO LIGAMENTO ARQUEADO**

CHRISTIANO CLAUS; JULIO CESAR COELHO; ANTONIO CURY; LEONARDO ANDRIGUETTO; SILVANO SADOWSKI; JOÃO AUGUSTO PAULIN; GIOVANNI BOSIO MAGGI

Apresentação: Vídeo Livre

**074 - COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA POR SINGLE-SITE POR MEIO DA ÓPTICA COM CANAL OPERATÓRIO**

GERALDO JOSÉ DE SOUZA LIMA; GUSTAVO MUNAYER ABRAS; RODRIGO FABIANO GUEDES LEITE; LIVIO JOSÉ SURETTI PIRES; RENATA SPADON DA SILVA; EDNO SOUZA OLIVEIRA; LEANDRO AVELAR

Apresentação: Vídeo Livre

**075 - APENDICECTOMIA LAPAROSCÓPICA POR SINGLE-SITE**

GERALDO JOSÉ DE SOUZA LIMA; GUSTAVO MUNAYER ABRAS; RODRIGO FABIANO GUEDES LEITE; GRAZIELA MACHADO BONFIM; VERA LUCIA ANDRADE GONÇALVES; THIAGO ANTUNES FERRARI; RENATA SPADON DA SILVA

Apresentação: Vídeo Livre

**076 - PANCREATECTOMIA CENTRAL LAPAROSCÓPICA POR UM NEOPLASIA SÓLIDA PSEUDOPAPILÍFERA (TUMOR DE FRANTZ) DO CORPO DO PÂNCREAS**

RICARDO JUREIDINI; GUILHERME NACCACHE NAMUR; TELESFORO BACCHELLA; BEATRIZ CAMARGO AZEVEDO; THIAGO RIBEIRO; ULYSSES RIBEIRO JR.; IVAN CECCONELLO

Apresentação: Vídeo Livre

**077 - COLECISTITE AGUDA REALIZADA POR SINGLE PORT**

MOHAMED CHOUKY KAMAR; FERNANDO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA; BENY LONDON; RODRIGO CESAR PINTO; GUILHERMA SARAIVA HADDAD; JOSÉ CARLOS PERRI VIDAL ALVAREZ; ANTONIO CARLOS GARRIDO IGLESIAS

Apresentação: Vídeo Livre

**078 - ESÔFAGOCARDIOMIOTOMIA DE HELLER COM FUNDOPLICATURA ANTERIOR DE DOR POR VÍDEO LAPAROSCOPIA**

MOHAMED CHOUKY KAMAR; FERNANDO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA; BENY LONDON; RODRIGO CESAR PINTO; NORTON NEVES PORTELA; JOSÉ CARLOS PERRI VIDAL ALVAREZ; ANTONIO CARLOS GARRIDO IGLESIAS

Apresentação: Vídeo Livre

**079 - SINGLE PORT: SISTEMATIZAÇÃO DA INSERÇÃO DOS PORTAIS**

MOHAMED CHOUKY KAMAR; FERNANDO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA; BENY LONDON; ROGÉRIO DARDENGO GLÓRIA; VANESSA DO NASCIMENTO SANTOS; JOSÉ CARLOS PERRI VIDAL ALVAREZ; ANTONIO CARLOS GARRIDO IGLESIAS

Apresentação: Vídeo Livre

**080 - GASTRECTOMIA TOTAL VIDEOLAPAROSCÓPICA**

MOHAMED CHOUKY KAMAR; FERNANDO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA; BENY LONDON; GUILHERME SARAIVA HADDAD; VANESSA DO NASCIMENTO SANTOS; JOSÉ CARLOS PERRI VIDAL ALVAREZ; ANTONIO CARLOS GARRIDO IGLESIAS

Apresentação: Vídeo Livre

**081 - TRATAMENTO DE CASO INCOMUM POR VIDEOLAPAROSCOPIA**

JOSE LUIZ VARELA; SERGIO GRAÇA COUTO DO VALLE; GUSTAVO SAMPAIO PEREIRA ROCHA; HENRIQUE NEUBARTH PHILLIPS

Apresentação: Vídeo Livre

**082 - PANCREATECTOMIA CORPOCAUDAL COM ESPLENECTOMIA E LINFADENECTOMIA LAPAROSCÓPICA PARA O TRATAMENTO DE GLUCAGONOMA DE CAUDA DE PÂNCREAS**

RICARDO JUREIDINI; GUILHERME NACCACHE NAMUR; VAGNER BIRK JEISMANN; THIAGO RIBEIRO; TELESFORO BACCHELLA; ULYSSES RIBEIRO JR; IVAN CECCONELLO

Apresentação: Vídeo Livre

**083 - GLOVE PORT PARA COLECISTECTOMIA**

MOHAMED CHOUKY KAMAR; FERNANDO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA; BENY LONDON; RODRIGO CESAR PINTO; ROGÉRIO DARDENGO GLÓRIA; JOSÉ CARLOS PERRI VIDAL ALVAREZ; ANTONIO CARLOS GARRIDO IGLESIAS

Apresentação: Vídeo Livre

**084 - CORREÇÃO DE HÉRNIA DE HIATO UTILIZANDO PORTAL ÚNICO**

MOHAMED CHOUKY KAMAR; FERNANDO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA; BENY LONDON; GUILHERME SARAIVA HADDAD; THIAGO MIRANDA CARDOSO PANTALEÃO; JOSÉ CARLOS PERRI VIDAL ALVAREZ; ANTONIO CARLOS GARRIDO IGLESIAS

Apresentação: Vídeo Livre

**085 - COLECISTITECTOMIA SINGLE PORT**

MOHAMED CHOUKY KAMAR; FERNANDO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA; BENY LONDON; ROGÉRIO DARDENGO GLÓRIA; RODRIGO CESAR PINTO; JOSÉ CARLOS PERRI VIDAL ALVAREZ; ANTONIO CARLOS GARRIDO IGLESIAS

Apresentação: Vídeo Livre

**086 - DUCTO ACESSÓRIO DE LUSCHKA: COLEPERITÔNIO PÓS-COLECISTECTOMIA**

HELLEN SONALY BARRETO GONCALVES; FERNANDA LANDE ROSA; FERNANDO A. V. MADUREIRA; ANGELO LOSS; DELTA MADUREIRA FILHO

Apresentação: Vídeo Livre

**087 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTO HEPATICO GIGANTE POR LAPAROSCOPIA: RELATO DE CASO**

JULIANA ALMEIDA DO VALLE; MARCELO BASTOS WEISS; MARIANE ARAÚJO PUIATTI; LUIS HENRIQUE FELGA; ANDRESSA BARRA; GABRIELA PALERMO

Apresentação: Vídeo Livre

**088 - HEPATECOMIA DIREITA VIDEOLAPAROSCÓPICA - PASSOS TÉCNICOS**

FABRÍCIO F. COELHO; JAIME A. P. KRÜGER; MARCOS V. PERINI; RENATO M. LUPINACCI; GILTON M. FONSECA; PAULO HERMAN

Apresentação: Vídeo Livre

**089 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TERATOMA POR LAPAROSCOPIA: RELATO DE CASO**

JULIANA ALMEIDA DO VALLE; MARCELO BASTOS WEISS; MARIANE ARAÚJO PUIATTI; LUIS HENRIQUE FELGA; ANDRESSA BARRA; CAROLINA TEIXEIRA DE ASSIS LOPES; NAYARA MARIA MARTINS PEREIRA

Apresentação: Vídeo Livre

**090 - POTPORRI DE TRATAMENTO DE HÉRNIA INCISIONAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA**

FERNANDA LANDE ROSA; HELLEN SONALLY BARRETO GONCALVES; FERNANDO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA; FÁBIO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA; DELTAATHAYDE VELOSO MADUREIRA

Apresentação: Vídeo Livre

**091 - HÉRNIOPLASTIA INGUINAL VOLUMOSA POR VIDEOLAPAROSCOPIA**

FERNANDA LANDE ROSA; HELLEN SONALY BARRETO GONÇALVES; FERNANDO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA; FÁBIO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA; DELTA MADUREIRA

Apresentação: Vídeo Livre

**092 - ACESSO LAPAROSCÓPICO DE ROTINA PARA BI-SEGMENTECTOMIA HEPÁTICA 2-3**

JAIME ARTHUR PIROLA KRÜGER; FABRÍCIO F. COELHO; MARCOS V. PERINI; RENATO M. LUPINACCI; OMAR A. F. ABDUCH; PAULO HERMAN

Apresentação: Vídeo Livre

**093 - PANCREATECTOMIA CENTRAL SEM DERIVAÇÃO DO COTO DISTAL DO PÂNCREAS**

RICARDO JUREIDINI; GUILHERME NACCACHE NAMUR; BEATRIZ CAMARGO AZEVEDO; VAGNER BIRK JEISMANN; THIAGO RIBEIRO; TELESFORO BACCHELLA; ULYSSES RIBEIRO JR

Apresentação: Vídeo Livre

**094 - SÍNDROME DA ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR**

CHRISTIANO CLAUS; PAULO CESAR ANDRIGUETTO; MARCELO LOUREIRO; LEONARDO ANDRIGUETTO; GIOVANNI BOSIO MAGGI; BRUNO MOSER; DANIELLSON DIMBARRE

Apresentação: Vídeo Livre

**095 - COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPIA POR DOIS PORTAIS**

DANIEL FRANCISCO VIRIATO DOS SANTOS; BRUNO DA SILVEIRA ALMEIDA; CARLOS ANDRADE ALMEIDA; LUIZ VIANNA DE OLIVEIRA; LORENA LIMA SILVA; LUCAS ALBUQUERQUE FERREIRA

Apresentação: Vídeo Livre

**096 - LIGADURA DE VEIA PORTA DIREITA**

MOHAMED CHOUKY KAMAR; RICARDO LEMOS COTTA PEREIRA; BENY LONDON; JULIA BARROS VARGAS; LUANA FERREIRA VALENTE; MELISSA GEBRIM RIBEIRO; FERNANDO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA

Apresentação: Vídeo Livre

**097 - LOBECTOMIA ESQUERDA: ASPIRADOR ULTRASSÔNICO + BISTURI HARMÔNICO**

MOHAMED CHOUKY KAMAR; RICARDO LEMOS COTTA PEREIRA; BENY LONDON; JULIA BARROS VARGAS; LUANA FERREIRA VALENTE; MELISSA GEBRIM RIBEIRO; FERNANDO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA

Apresentação: Vídeo Livre

**098 - ESPLENECTOMIA POR PORTAL ÚNICO**

JOSÉ JÚLIO DO RÊGO MONTEIRO FILHO; PAULO JOSÉ M MACEDO; MARCELO BRAVO CARNEIRO; PAULO SÉRGIO S REIS JÚNIOR; FLÁVIO MALCHER M OLIVEIRA; FLÁVIA ALVES GOMES; LEONEL DOS SANTOS PEREIRA

Apresentação: Vídeo Livre

**099 - RESSECÇÃO SIMULTÂNEA DE FÍGADO E RETO POR VIDEOLAPAROSCOPIA. DOIS PROCEDIMENTOS COMPLEXOS EM UM SÓ TEMPO OPERATÓRIO**

MARCELAUTRAN CESAR MACHADO; GUILHERME COTTI; RODRIGO SURJAN; FABIO MAKDISSI

Apresentação: Vídeo Livre

**100 - RESSECÇÃO TRANSGÁSTRICA DE GIST GÁSTRICO POR MINI-LAPAROSCOPIA**

JOSÉ JÚLIO DO RÊGO MONTEIRO FILHO; PAULO JOSÉ M MACEDO; MARCELO BRAVO CARNEIRO; PAULO SÉRGIO S REIS JÚNIOR; FLÁVIO MALCHER M OLIVEIRA; FLÁVIA ALVES GOMES; LEONEL DOS SANTOS PEREIRA

Apresentação: Vídeo Livre

**101 - HISTERECTOMIA TOTAL COM SALPINGOFORECTOMIA BILATERAL E LINFADENECTOMIA PÉLVICA E PARAÓRTICA LAPAROSCÓPICA**

ROBERTO HELENO LOPES; FREDERICO AUGUSTUS MARTINS DE RESENDE; ALEXANDRE FERREIRA DE OLIVEIRA; JOÃO BAPTISTA DE PAULA FRAGA; FILIPE FRANCISCO HEINS; RODRIGO FARIA GOMES; JULIANA BOLANDINI DE MATOS

Apresentação: Vídeo Livre

**102 - DERIVAÇÃO BILEODIGESTIVA EM Y DE ROUX E ALCOOLIZAÇÃO DO PLEXO CELÍACO VIDEOLAPAROSCÓPICA PARA PALIAÇÃO DE CARCINOMA DE PÂNCREAS LOCALMENTE AVANÇADO**

RICARDO JUREIDINI; VAGNER BIRK JEISMANN; GUILHERME NACCACHE NAMUR; THIAGO RIBEIRO; TELESFORO BACCHELLA; ULYSSES RIBEIRO JR.; IVAN CECCONELLO

Apresentação: Vídeo Livre

**103 - TÉCNICA LAPAROSCÓPICA EXTRA-PERITONEAL COM TELA 3D SEM FIXAÇÃO EM HÉRNIA RECIDIVADA**

RAFAEL HORÁCIO DE BRITO; MARIANA SANO GAROTTI; ALBERTO MEYER; PAULINO ALBERTO ALONSO; LÍGIA MARIA VAZ GUIMARÃES; EDUARDO BERGER

Apresentação: Vídeo Livre

**104 - CORREÇÃO DE HÉRNIA INCISIONAL VIDEOLAPAROSCÓPICA**

RAFAEL HORÁCIO DE BRITO; MARIANA SANO GAROTTI; ALBERTO MEYER; PAULINO ALBERTO ALONSO; LÍGIA MARIA VAZ GUIMARÃES; EDUARDO BERGER

Apresentação: Vídeo Livre

**105 - RESSECÇÃO DO LOBO CAUDADO POR VIDEOLAPAROSCOPIA COM ACESSO INTRA-HEPÁTICO AO PEDÍCULO GLISSONIANO**  
MARCELAUTRAN CESAR MACHADO; GUSTAVO NOVASKI; RODRIGO SURJAN; FABIO MAKDISSI

Apresentação: Vídeo Livre

**106 - ABORDAGEM COMBINADA TAPP-TEP PARA CORREÇÃO DE HÉRNIA INGUINAL: RELATO DE 2 CASOS**  
GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; ADRIANO DE CARVALHO SALES; MATHEUS MENEZES GOMES; INGRID LAÍS VIEIRA RODRIGUES;  
JUSCIELLE DE SOUZA BARROS; ANA RAFELA ALMEIDA MORAES; JOSÉ ANDRÉ DA SILVA CORREIA

Apresentação: Vídeo Livre

**107 - COLECISTECTOMIA MINILAPAROSCÓPICA COM ELETROCAUTERIZAÇÃO DA ARTÉRIA CÍSTICA E SEM USO DE CLIPS**

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; ADRIANO DE CARVALHO SALES; RAFAELA LOPES PEREIRA GOUVEIA; DIEGO LAURENTINO LIMA;  
CAMILA CAIRES ALVINO DE LIMA; LEIDIANNY FIRMINO COSTA; IANELE BRAGA VILELA DE MELO

Apresentação: Vídeo Livre

**108 - EXPLORAÇÃO DE VIA BILIAR TRANSCÍSTICA E TRANSCOLEDOCIANA**

RENAM CATHARINA TINOCO; AUGUSTO CLÁUDIO DE ALMEIDA TINOCO; LUCIANA JANENE EL-KADRE; JEHOVAH GUIMARÃES TAVARES;  
LÍVIA RODRIGUES AGUIAR; GABRIEL VASSALO; TARCIAANNA RIBEIRO SANTOS

Apresentação: Vídeo Livre

**109 - HEPATICOJEJUNOSTOMIA EM Y DE ROUX LAPAROSCÓPICA NO TRATAMENTO DA LESÃO DE VIA BILIAR BISMUTH IV**

LIVIA RODRIGUES DE AGUIAR; LIVIA RODRIGUES DE AGUIAR; RENAM CATHARINA TINOCO; LUCIANA JANENE EL-KADRE; JEHOVAH  
GUIMARÃES TAVARES; MATHEUS RANGEL; STEPHANY ROMAN FARFAN

Apresentação: Vídeo Livre

**110 - CIRURGIA DE PUESTOW**

LIVIA RODRIGUES DE AGUIAR; AUGUSTO CLAUDIO DE ALMEIDA TINOCO; RENAM CATHARINA TINOCO; LUCIANA JANENE EL-KADRE;  
JEHOVAH GUIMARÃES TAVARES; MARLLUS BRAGA SOARES; NASSER AMARAL ELLER

## Área CIRURGIA GINECOLÓGICA

Apresentação: Poster

**111 - RETOSSIGMOIDECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA NO TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE INTESTINAL. EXPERIÊNCIA DE 158 CASOS**

VLADIMIR SCHRAIBMAN; MARINA GABRIELLE EPSTEIN; ROSA MARIA NEME; GABRIEL MACCAPANI; SAMUEL OKAZAKI

Apresentação: Poster

**112 - DIAGRAMA PARA MAPEAMENTO DA ENDOMETRIOSE**

RICARDO BASSIL LASMAR; BERNARDO PORTUGAL LASMAR; CLAUDIA PILLAR GIORDANO

Apresentação: Poster

**113 - HÁ PAPEL PARA CIRURGIA DE PORTAL ÚNICO NA GINECOLOGIA ONCOLÓGICA? RESULTADOS INICIAIS DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA ONCOLÓGICA NO BRASIL**

MARCELO DE ANDRADE VIEIRA; AUDREY TIEKO TSUNODA; CARLOS EDUARDO MATTOS ANDRADE; MARCELO SIMONSEN; JOSE  
HUMBERTO GUERREIRO FREGNANI

Apresentação: Poster

**114 - AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DE MASSAS ANEXIAIS EM AMBIENTE UNIVERSITÁRIO**

SOFIA MARTINS; RAQUEL LIMA; FÁBIO OHARA; HELIZABET SALOMÃO A. AYROZA RIBEIRO; FÁBIO SAKAE KUTEKEN; JOSÉ MENDES  
ALDRIGHI; PAULO AUGUSTO AYROZA GALVÃO RIBEIRO

Apresentação: Poster

**115 - HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM AMBIENTE UNIVERSITÁRIO**

RODRIGO FERNANDES; ANNA LUIZA LOBÃO GONÇALVES; CARLOS BARRADAS; HELIZABET SALOMÃO ABDALLA AYROZA RIBEIRO;  
FABIO SAKAE KUTEKEN; JOSÉ MENDES ALDRIGHI; PAULO AUGUSTO AYROZA GALVÃO RIBEIRO

Apresentação: Poster

**116 - DISMENORRÉIA INTENSA COMO PREDITOR DE CÓLICAS APÓS HISTEROSCOPIA SEM ANESTESIA**

FELIPE VENTURA SESSA; CAMILLA GABRIELY SOUZA GUERRA; CLAUDIO MOURA ANDRADE JR; RAFAEL CARMADILLA CARNEIRO;  
CLAUDIO PEIXOTO CRISPI; LILIAN ARAGAO; MARLON DE FREITAS FONSECA

Apresentação: Poster

**117 - MIOMATOSE UTERINA COMO POTENCIAL VARIÁVEL DE CONFUNDIMENTO NA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DOS SINTOMAS ASSOCIADOS A ENDOMETRIOSE**

DANIEL LIBERMAN; LILIAN DE CARVALHO ARAGÃO; CLAUDIO PEIXOTO CRISPI; CAMILLA GABRIELY SOUZA GUERRA; FELIPE VENTURA  
SESSA; JOSÉ ANACLETO DUTRA DE RESENDE JÚNIOR; MARLON DE FREITAS FONSECA

Apresentação: Poster

**118 - RELATO DE CASO: ENDOMETRIOSE INGUINAL PROVOCANDO TROMBOSE VENOSA PROFUNDA FÊMORO-POPLÍTEA POR COMPRESSÃO EXTRÍNSECA**

CAROLINA ZENDRON; ALESSANDRA VIVIANE EVANGELISTA DEMÔRO; ANA LUIZA ALVARENGA GOMES; THIAGO RODRIGUES DANTAS PEREIRA; MARCO AURÉLIO PINHO DE OLIVEIRA

Apresentação: Poster

**119 - EXPERIÊNCIA EM CIRURGIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS GINECOLÓGICAS EM 02 HOSPITAIS PRIVADOS - ANÁLISE DA CASUÍSTICA**

LUIZ VIANNA DE OLIVEIRA; MAGNO CEZAR AMARAL DE SOUZA JUNIOR; PAULO ANDRÉ JESUINO DOS SANTOS; MARLA NIAG DOS SANTOS ROCHA; PEDRO BOTELHO DE ALENCAR FERREIRA CRUZ; RENATA CAIRES SAMPAIO; BRUNO EMANUEL COSTA E SILVA

Apresentação: Poster

**120 - EXCLUSÃO RENAL POR ENDOMETRIOSE: RELATO DE CASO**

ANA LUIZA ALVARENGA GOMES; ALESSANDRA VIVIANE EVANGELISTA DEMÔRO; CAROLINA ZENDRON; THIAGO RODRIGUES DANTAS PEREIRA; MARCO AURÉLIO PINHO DE OLIVEIRA

Apresentação: Poster

**121 - RELATO DE CASO: ENDOMETRIOSE E INFERTILIDADE - INSUCESSO NA FIV COM ÚTERO DE SUBSTITUIÇÃO**

ANA LUIZA ALVARENGA GOMES; ALESSANDRA VIVIANE EVANGELISTA DEMÔRO; CAROLINA ZENDRON; PAULO GALLO DE SÁ; THIAGO RODRIGUES DANTAS PEREIRA; MARCO AURÉLIO PINHO DE OLIVEIRA

Apresentação: Poster

**122 - RESULTADO A LONGO PRAZO DO SISTEMA INTRAUTERINO DE LEVONORGESTREI VERSUS BALÃO TÉRMICO PARA O TRATAMENTO DO SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL: UM ESTUDO RANDOMIZADO E CONTROLADO**

SÉRGIO SIMÕES DE SOUZA; AGNALDO LOPES DA S. FILHO; FRANCISCO DE ASSIS N. PEREIRA; AROLDO FERNANDO CAMARGOS; ANA PAULA C. ROCHA; CAROLINA N. VALADARES

Apresentação: Vídeo Livre

**123 - CIRURGIA PRESERVADORA DE FERTILIDADE EM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO É FACTÍVEL PELA VIA LAPAROSCÓPICA? DESCRIÇÃO DA TÉCNICA E EXPERIÊNCIA INICIAL EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA ONCOLÓGICA DO BRASIL**

MARCELO DE ANDRADE VIEIRA; AUDREY TIEKO TSUNODA; CARLOS EDUARDO MATTOS ANDRADE; RAFAEL RASTEIRO; JOSE HUMBERTO GUERREIRO FREGNANI

Apresentação: Vídeo Livre

**124 - COLPOSCROFIXAÇÃO E BURCH LAPAROSCÓPICOS**

SOFIA MARTINS; HELIZABET SALOMÃO AAYROZA RIBEIRO; FABIO SAKAE KUTEKEN; JOSÉ MENDES ALDRIGHI; PAULO AUGUSTO AYROZA GALVÃO RIBEIRO

Apresentação: Vídeo Livre

**125 - CIRURGIA POR PORTAL ÚNICO EM ONCOLOGIA GINECOLÓGICA. REALIDADE EM UM CENTRO DE REFERENCIA ONCOLÓGICA NO BRASIL. DESCRIÇÃO DA TÉCNICA CIRÚRGICA**

MARCELO DE ANDRADE VIEIRA; AUDREY TIEKO TSUNODA; CARLOS EDUARDO MATTOS ANDRADE; MARCELO SIMONSEN; JOSE HUMBERTO GUERREIRO FREGNANI

Apresentação: Vídeo Livre

**126 - LINFONODECTOMIA PÉLVICA E PARA-AÓRTICA EM CÂNCER GINECOLÓGICO. DESCRIÇÃO TÉCNICA DO PROCEDIMENTO REALIZADO NO HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS**

MARCELO DE ANDRADE VIEIRA; AUDREY TIEKO TSUNODA; CARLOS EDUARDO MATTOS ANDRADE; JOSE HUMBERTO TAVARES FREGNANI

Apresentação: Vídeo Livre

**127 - OVÁRIO-HISTERECTOMIA POR VIDEOCIRURGIA (VIA NOTES VAGINAL HÍBRIDA), CELIOTOMIA OU MINICELIOTOMIA EM CADELAS**

FERNANDO WIECHETECK DE SOUZA; MAURÍCIO VELOSO BRUN; MARÍLIA TERESA OLIVEIRA; JOÃO PEDRO S. FERANTI; ROSE K.R. CORRÊA; RENAN IDALÊNCIO; APARICIO M. QUADROS

Apresentação: Vídeo Livre

**128 - LIGADURA TEMPORÁRIA DE ARTÉRIAS UTERINAS EM MIOMECTOMIA LAPAROSCÓPICA - TÉCNICA CIRÚRGICA**

HELIZABET SALOMÃO ABDALLA AYROZA RIBEIRO; RODRIGO FERNANDES; SOFIA MARTINS; JOSÉ MENDES ALDRIGHI; PAULO AUGUSTO AYROZA GALVÃO RIBEIRO

Apresentação: Vídeo Livre

**129 - TRAQUELECTOMIA COM MANGUITO VAGINAL, TOTALMENTE VIDEOLAPAROSCÓPICA, EM PACIENTE COM HISTERECTOMIA SUBTOTAL PREVIA: UMA OPÇÃO TERAPEUTICA SEGURA EM ONCOLOGIA**

THIAGO BARAÚNA LOPES DA SILVA; AUDREY TIEKO TSUNODA; MARCELO ANDRADE VIEIRA; CARLOS EDUARDO MATTOS DA CUNHA ANDRADE; JOSÉ HUMBERTO TAVARES GUERREIRO FREGNANI

Apresentação: Vídeo Livre

**130 - OOFORECTOMIA ESQUERDA SINGLE-PORT EM CISTOADENOMA SEROSO DE 5000CM³**

WILLIAM KONDO; MONICA TESSMANN ZOMER; ROBERTO MALUF; REITAN RIBEIRO; JAMES SKINOVSKY; MAURICIO CHIBATA; FERNANDA KEIKO TSUMANUMA

Apresentação: Vídeo Livre

**131 - MIOMECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA**

RAQUEL SILVEIRA DA CUNHA ARAÚJO; RAQUEL FERREIRA LIMA; BEATRIZ TALIBERTI DA COSTA PORTO; HELIZABET SALOMÃO A. AYROZA RIBEIRO; JOSE MENDES ALDRIGHI; PAULO AUGUSTO AYROZA GALVÃO RIBEIRO

Apresentação: Vídeo Livre

**132 - ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA DA PELLE CONGELADA POR ENDOMETRIOSE PROFUNDA COM USO DE ENERGIA MONOPOLAR**

ALYSSON ZANATTA; MARCELO PELLISSIER JR.; LEONARDO CAVA; RICARDO LUIZ MACHADO; PAULA BEATRIZ FETTBACK

Apresentação: Vídeo Livre

**133 - TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO CONSERVADOR DE TUMOR OVARIANO SEROSO BORDERLINE COM PADRÃO MICROPAPILÍFERO: RELATO DE CASO**

ALYSSON ZANATTA; GIOVANNI FAVERO; ALFONSO MASSAGUER; RONEY CESAR SIGNORINI FILHO; GABRIEL LOWNDES DE SOUZA PINTO; LUCIANO GIBRAN

Apresentação: Vídeo Livre

**134 - RETIRADA DE DIU EXTRA-UTERINO POR VIA LAPAROSCÓPICA**

DANIEL FRANCISCO VIRIATO DOS SANTOS; JORGE ALBERTO DE RESCALA; ALVARO NONATO DE SOUZA; CARLOS ANDRADE ALMEIDA; ANDRE LUIS BARBOSA ROMEO; RODRIGO PRIMITIVO MATOS SANTOS; PRIMALDO DE OLIVEIRA COSTA FILHO

Apresentação: Vídeo Livre

**135 - RESSECÇÃO LAPAROSCÓPICA DISCOIDE DA PAREDE ANTERIOR DO RETO COM GRAMPEADOR CIRCULAR PARA ENDOMETRIOSE INTESTINAL, REALIZADA PELO CIRURGIÃO GINECOLÓGICO**

ALYSSON ZANATTA; ALESSANDRO SCAPINELLI; RICARDO LUIZ MACHADO; LEONARDO CAVA

Apresentação: Vídeo Livre

**136 - HISTERECTOMIA LAPAROSCÓPICA SINGLE-PORT**

WILLIAM KONDO; REITAN RIBEIRO; MONICA TESSMANN ZOMER; JAMES SKINOVSKY; MAURICIO CHIBATA; FRANCISCO ALMEIDA; FERNANDA KEIKO TUMANUMA

Apresentação: Vídeo Livre

**137 - SALPINGECTOMIA POR ACESSO UMBILICAL ÚNICO UTILIZANDO PORTAIS LAPAROSCÓPICOS CONVENCIONAIS**

WILLIAM KONDO; MONICA TESSMANN ZOMER; REITAN RIBEIRO; IVANA GUS; GABRIEL ESMANHOTTO RIBAS; JAMES SKYNOVSKI; FERNANDA REIS

Apresentação: Vídeo Livre

**138 - CISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA PARA ENDOMETRIOMA OVARIANO**

WILLIAM KONDO; MONICA TESSMANN ZOMER; REITAN RIBEIRO; FERNANDA KEIKO TUMANUMA; FRANCISCO ALMEIDA; JAMES SKYNOVSKI; IVANA GUS

Apresentação: Vídeo Livre

**139 - TÉCNICA CIRÚRGICA DA RESSECÇÃO EM DISCO PARA TRATAMENTO DE ENDOMETRIOSE INTESTINAL**

WILLIAM KONDO; REITAN RIBEIRO; MONICA TESSMANN ZOMER; JAMES SKYNOVSKI; FRANCISCO ALMEIDA; FERNANDA REIS; GABRIEL ESMANHOTTO RIBAS

Apresentação: Vídeo Livre

**140 - TÉCNICA CIRÚRGICA DA RESSECÇÃO SEGMENTAR PARA TRATAMENTO DE ENDOMETRIOSE INTESTINAL**

WILLIAM KONDO; REITAN RIBEIRO; MONICA TESSMANN ZOMER; MAURICIO CHIBATA; FRANCISCO ALMEIDA; FERNANDA REIS; JAMES SKYNOVSKI

Apresentação: Vídeo Livre

**141 - CISTECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA PARA TRATAMENTO DE ENDOMETRIOSE DE BEXIGA**

WILLIAM KONDO; MONICA TESSMANN ZOMER; REITAN RIBEIRO; JAMES SKINOVSKY; FRANCISCO ALMEIDA; FERNANDA REIS; GABRIEL ESMANHOTTO RIBAS

Apresentação: Vídeo Livre

**142 - HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA EM ÚTERO COM MAIS DE 1000 GRAMAS**

WILLIAM KONDO; REITAN RIBEIRO; FERNANDA KEIKO TUMANUMA; MONICA TESSMANN ZOMER; JAMES SKINOVSKY; IVANA GUS; FRANCISCO ALMEIDA

Apresentação: Vídeo Livre

**143 - CISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA PARA CISTO DERMÓIDE**

WILLIAM KONDO; MONICA TESSMANN ZOMER; REITAN RIBEIRO; FERNANDA KEIKO TUMANUMA; FRANCISCO ALMEIDA; JAMES SKINOVSKY; MAURICIO CHIBATA

Apresentação: Vídeo Livre

**144 - PADRONIZAÇÃO DA HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA**

WILLIAM KONDO; MONICA TESSMANN ZOMER; REITAN RIBEIRO; FERNANDA KEIKO TUMANUMA; FRANCISCO ALMEIDA; JAMES SKINOVSKY; MAURICIO CHIBATA

Apresentação: Vídeo Livre

**145 - RESSECÇÃO SEGMENTAR INTESTINAL LAPAROSCÓPICA COM EXTRAÇÃO VAGINAL DO ESPÉCIME CIRÚRGICO EM ENDOMETRIOSE PROFUNDA**

WILLIAM KONDO; REITAN RIBEIRO; MONICA TESSMANN ZOMER; MAURICIO CHIBATA; IVANA GUS; FERNANDA REIS; JAMES SKINOVSKY

Apresentação: Vídeo Livre

**146 - OOFOROPLASTIA À ESQUERDA VIDEOLAPAROSCÓPICA**

RAQUEL FERREIRA LIMA; BEATRIZ TALIBERTI DA COSTA PORTO; RODRIGUES PINTO FERNANDES; GUILHERME KARAM CORREA LEITE; JOSE MENDES ALDRIGHI; PAULO AUGUSTO AYROZA GALVÃO RIBEIRO

## Área CIRURGIA PEDIÁTRICA

Apresentação: Vídeo Livre

**147 - TÉCNICA DE RENDEZVOUS PARA RECANALIZAÇÃO DE ESTENOSE COMPLETA DE ESÔFAGO**

PAULA PERUZZI ELIA; ALVARO A. G. FREIRE; MARIA LUCIA AUGUSTO

Apresentação: Poster

**148 - CISTO BRONCOGÊNICO**

SIDON MENDES DE OLIVEIRA; RICARDO ESPER TREML; DANILO TALACIMON BARBOSA; ENEAS SUCHARSKI

## Área CIRURGIA TORÁCICA

Apresentação: Vídeo Livre

**149 - NOVO ACESSO NA SIMPECTOMIA TORACOSCÓPICA PARA TRATAMENTO DA HIPERIDORESE PRIMARIA**

SÔNIA OLIVEIRA LIMA; ALOÍSIO FERREIRA PINTO NETO; GUSTAVO NABUCO FARO DANTAS BAPTISTA; JOSÉ MACHADO NETO; VANESSA ROCHA SANTANA; PEDRO HENRIQUE NABUCO FREIRE SIQUEIRA; FRANCISCO PRADO REIS

## Área CIRURGIA UROLÓGICA

Apresentação: Poster

**150 - CISTECTOMIA RADICAL VIDEOLAPAROSCÓPICA: EXPERIÊNCIA INICIAL**

PEDRO ROMANELLI DE CASTRO; CECÍLIA ALCANTARA BRAGA; RICARDO AUGUSTO COUTO MARTINS; FERNANDA DINELLI SCALA; ÁTILA MAGALHÃES VICTÓRIA; RICARDO HISSASHI NISHIMOTO

Apresentação: Vídeo Livre

**151 - NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA SEM CLAMPEAMENTO HILAR**

MARCELO CABRALLAMY DE MIRANDA; RODRIGO ALVES TRISTAO; SERGIO RIGUETE ZACCHI; GEORGIA RUBIANE MEIRADO ROSARIO DE SOUZA; RENATO GARGANO FABRIS; MARCIO MAIA LAMY DE MIRANDA

Apresentação: Vídeo Livre

**152 - CORREÇÃO VÍDEO-LAPAROSCÓPICA DE FÍSTULA VÉSICO-VAGINAL**

MARCELO CABRALLAMY DE MIRANDA; RODRIGO ALVES TRISTAO; SERGIO RIGUETE ZACCHI; GEORGIA RUBIANE MEIRADO ROSARIO DE SOUZA; RENATO GARGANO FABRIS; MARCIO MAIA LAMY DE MIRANDA

Apresentação: Vídeo Livre

**153 - NEFRECTOMIA RADICAL BILATERAL TRANSUMBILICAL POR LESS**

PAULO CERUTTI FRANCISCATTO; MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; ISIDORO HENRIQUE GOLDRACH; GILVAN NEIVA FONSECA; MARCOS DIAS FERREIRA; ANA CAROLINA BROCHADO GEIST

Apresentação: Vídeo Livre

**154 - VAPORIZAÇÃO TRANSURETRAL DA PRÓSTATA COM PLASMA BOTTON (TURIS): EXPERIÊNCIA DE 30 CASOS**

ANA CAROLINA BROCHADO GEIST; MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; GILVAN NEIVA FONSECA; PAULO CERUTTI FRANCISCATTO; ISIDORO HENRIQUE GOLDRACH; MARCOS DIAS FERREIRA

Apresentação: Vídeo Livre

**155 - EXÉRESE LAPAROSCÓPICA DE TUMOR RETROPERITONEAL DO TIPO LIPOSARCOMA**

ANA CAROLINA BROCHADO GEIST; MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; GILVAN NEIVA FONSECA; PAULO CERUTTI FRANCISCATTO; ISIDORO HENRIQUE GOLDRACH; MARCOS DIAS FERREIRA

Apresentação: Vídeo Livre

**156 - PROSTATECTOMIA SIMPLES POR VIDEOLAPAROSCOPIA**

PAULO CERUTTI FRANCISCATTO; MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; ISIDORO HENRIQUE GOLDRACH; GILVAN NEIVA FONSECA; MARCOS DIAS FERREIRA; ANA CAROLINA BROCHADO GEIST; MIGUEL CERUTTI FRANCISCATTO

Apresentação: Vídeo Livre

**157 - PIELOPLASTIA LAPAROSCÓPICA DESMEMBRADA**

MARCELO RODRIGUES; ANA CAROLINA BROCHADO GEIST; MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; PAULO CERUTTI FRANCISCATTO; EDUARDO TOUGUINHA MASTALIR; MARCOS DIAS FERREIRA

Apresentação: Vídeo Livre

**158 - PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA PASSO A PASSO**

PAULO CERUTTI FRANCISCATTO; MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; ISIDORO HENRIQUE GOLDRACH; GILVAN NEIVA FONSECA; MARCOS DIAS FERREIRA; ANA CAROLINA BROCHADO GEIST

Apresentação: Vídeo Livre

**159 - URETEROLITOTOMIA LAPAROSCÓPICA**

PAULO CERUTTI FRANCISCATTO; MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; ISIDORO HENRIQUE GOLDRACH; GILVAN NEIVA FONSECA; MIGUEL CERUTTI FRANCISCATTO; MARCOS DIAS FERREIRA; ANA CAROLINA BROCHADO GEIST

Apresentação: Vídeo Livre

**160 - ADRENALECTOMIA LAPAROSCÓPICA**

PAULO CERUTTI FRANCISCATTO; MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; ISIDORO HENRIQUE GOLDRACH; GILVAN NEIVA FONSECA; MARCOS DIAS FERREIRA; ANA CAROLINA BROCHADO GEIST

Apresentação: Vídeo Livre

**161 - NEFRECTOMIA PARCIAL VIDEOLAPAROSCÓPICA**

ANA CAROLINA BROCHADO GEIST; MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; ISIDORO HENRIQUE GOLDRACH; GILVAN NEIVA FONSECA; PAULO CERUTTI FRANCISCATTO; MARCOS DIAS FERREIRA

Apresentação: Vídeo Livre

**162 - CIRURGIA LAPAROSCÓPICA PARA FIBROSE RETROPERITONEAL**

CRISTIANE PAIM PIRES; ANA CAROLINA BROCHADO GEIST; MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; GILVAN NEIVA FONSECA; PAULO CERUTTI FRANCISCATTO; MARCOS DIAS FERREIRA

Apresentação: Vídeo Livre

**163 - PIELOLITOTOMIA LAPAROSCÓPICA**

ANA CAROLINA BROCHADO GEIST; MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; ISIDORO HENRIQUE GOLDRACH; GILVAN NEIVA FONSECA; PAULO CERUTTI FRANCISCATTO; MARCOS DIAS FERREIRA

Apresentação: Vídeo Livre

**164 - REIMPLANTE URETERAL LAPAROSCÓPICO: TÉCNICA DE PSOAS HITCH**

PEDRO ROMANELLI DE CASTRO; CECÍLIA ALCANTARA BRAGA; JOÃO PAULO SANTOS GOUVÊA; ÁTILA MAGALHÃES VICTÓRIA; RICARDO HISSASHI NISHIMOTO; HERMAN BARBOSA

Apresentação: Vídeo Livre

**165 - DERIVAÇÕES URINÁRIAS: EXPERIÊNCIA INICIAL**

FERNANDA DINELLI SCALA; CECÍLIA ALCANTARA BRAGA; PEDRO ROMANELLI DE CASTRO; RICARDO HISSASHI NISHIMOTO; THAISA BARBOSA; LUCIANA PYRAMO

Apresentação: Vídeo Livre

**166 - HEMINEFRECTOMIA LAPAROSCÓPICA**

GEOVANA BRANDÃO SIMÕES LEITE; PEDRO ROMANELLI DE CASTRO; FERNANDA DINELLI SCALA; JOÃO PAULO SANTOS GÔUVEA; PAULO ARANTES; RICARDO HISSASHI NISHIMOTO

Apresentação: Vídeo Livre

**167 - NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA EM TUMORES MÚLTIPLOS**

PEDRO ROMANELLI DE CASTRO; RICARDO HISSASHI NISHIMOTO; RICARDO AUGUSTO COUTO MARTINS; PAULO ARANTES; GEOVANA BRANDÃO SIMÕES LEITE; FERNANDA DINELLI SCALA

Apresentação: Vídeo Livre

**168 - NEFROPEXIA VIDEOLAPAROSCÓPICA COM COLOCAÇÃO DE TELA**

PEDRO ROMANELLI DE CASTRO; PAULO ARANTES; BRUNO MELLO; RICARDO HISSASHI NISHIMOTO; JOÃO PAULO SANTOS GOUVÊA; FERNANDA DINELLI SCALA

Apresentação: Vídeo Livre

**169 - NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA: TÉCNICA PASSO A PASSO**

PEDRO ROMANELLI DE CASTRO; RICARDO HISSASHI NISHIMOTO; PAULO ARANTES; BRUNO MELLO; JOÃO PAULO SANTOS GOUVÊA; ÁTILA MAGALHÃES VICTÓRIA

Apresentação: Vídeo Livre

**170 - NEFRECTOMIA LAPAROSCÓPICA POR ACESSO ÚNICO: EXPERIÊNCIA INICIAL**

PEDRO ROMANELLI DE CASTRO; PAULO ARANTES; RICARDO HISSASHI NISHIMOTO; ÁTILA MAGALHÃES VICTÓRIA; GUSTAVO ABRAS; RICARDO AUGUSTO MARTINS

Apresentação: Vídeo Livre

**171 - NEFRECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA EM TUMOR RENAL T2 RARO**

ROBERTO HELENO LOPES; LIPE DE MELLO ALVIM; JULIANA BOLANDINI DE MATOS; FREDERICO AUGUSTUS MARTINS DE RESENDE; RODRIGO FARIA GOMES; ALEXANDRE FERREIRA DE OLIVEIRA; JOÃO BAPTISTA DE PAULA FRAGA

**Área  
TRAUMA**

Apresentação: Vídeo Livre

**172 - FRACASSOS DA VIDEOCIRURGIA NO TRAUMA ABDOMINAL - LIÇÕES DE 16 ANOS DE EXPERIÊNCIA**

MIGUEL PRESTES NÁCUL; JOÃO VICENTE MACHADO GROSSI

**Área  
CIRURGIA GERAL**

Apresentação: Vídeo Livre

**173 - O TUBO GÁSTRICO ISOPERISTÁLTICO RETROESTERNAL NO TRATAMENTO PALIATIVO DO CÂNCER DO ESÔFAGO (TÉCNICA DE POSTLETHWAIT) – PROPOSTA TOTALMENTE POR VIDEO LAPAROSCOPIA**

CROIDER FRANCO LACERDA; ANTÔNIO TALVANE DE OLIVEIRA

Apresentação: Vídeo Livre

**174 - CIRURGIA COMBINADA: HEMI-HEPATECTOMIA ESQUERDA COM RETOSSIGMOIDECTOMIA PARA TRATAMENTO DA NEOPLASIA DE CÓLON COM METÁSTASE HEPÁTICA POR VIDEO LAPAROSCOPIA**

ANTÔNIO TALVANE DE OLIVEIRA; CROIDER FRANCO LACERDA; ARMANDO MELANI

Apresentação: Vídeo Livre

**175 - ESOFAGECTOMIA EM 3 CAMPOS: TEMPO TORÁCICO EM PRONA E ABDOMINAL COM CONFEÇÃO DE TUBO GÁSTRICO, TOTALMENTE POR VIDEOCIRURGIA PARA O TRATAMENTO DA NEOPLASIA DO ESÔFAGO**

CROIDER FRANCO LACERDA; TALVANE DE OLIVEIRA; PAULO BERTOLUTTI

Apresentação: Vídeo Livre

**176 - ESOFAGECTOMIA TRASHIATAL LAPAROSCÓPICA PARA O TRATAMENTO DA NEOPLASIA DE ESÔFAGO E CONFEÇÃO DO “TUBO” GÁSTRICO TOTALMENTE INTRA-ABDOMINAL COM GRAMPEAMENTO E ANASTOMOSE TOTALMENTE MECÂNICO**

CROIDER FRANCO LACERDA; ANTÔNIO TALVANE DE OLIVEIRA; PAULO BERTOLUCCI

Apresentação: Vídeo Livre

**177 - ESOFAGOGASTRECTOMIA RADICAL COM ESOFAGOCOLOPLASTIA CERVICAL POR VIDEO LAPAROSCOPIA ASSISTIDA, PARA TRATAMENTO DE NEOPLASIA DA TEG**

ANTÔNIO TALVANE TORRES DE OLIVEIRA; CROIDER FRANCO LACERDA; ARMANDO MELANI

Apresentação: Vídeo Livre

**178 - GASTRECTOMIA SUBTOTAL (4/5) COM LINFADENECTOMIA D2 E RECONSTRUÇÃO EM Y DE ROUX, PARA O TRATAMENTO DA NEOPLASIA GÁSTRICA, TOTALMENTE POR VIDEO LAPAROSCOPIA**

CROIDER FRANCO LACERDA; ANTÔNIO TALVANE DE OLIVEIRA; PAULO BERTOLUTTI

Apresentação: Vídeo Livre

**179 - GASTRECTOMIA TOTAL COM LINFADENECTOMIA D2, COM PROPOSTA TÉCNICA DE RECONSTRUÇÃO, TOTALMENTE POR VIDEO LAPAROSCOPIA**

ANTÔNIO TALVANE TORRES DE OLIVEIRA; CROIDER FRANCO LACERDA

Apresentação: Vídeo Livre

**180 - LARINGOFARINGOESOFAGECTOMIA TOTAL MINIMAMENTE INVASIVA DE**

ANTÔNIO TALVANE TORRES DE OLIVEIRA; CROIDER FRANCO LACERDA

Apresentação: Vídeo Livre

**181 - PANCREATECTOMIA DISTAL COM PRESERVAÇÃO ESPLÊNICA**

RAFAEL HORÁCIO DE BRITO; ELISA MARIA CAPITIAN SILVA; ALBERTO MEYER; PAULINO ALBERTO ALONSO; LIGIA MARIA VAZ GUIMARÃES; EDUARDO BERGER

# 11º Congresso Brasileiro de VIDEOCIRURGIA

18 a 21 de julho de 2012

Windsor Barra Hotel

Rio de Janeiro - BRASIL

## Trabalhos Científicos

Área:

### CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA

**Apresentação: Poster**

#### 001 - PROCEDIMENTO SIMPLIFICADO PARA COLOCAÇÃO E RETIRADA DE BALÃO INTRAGÁSTRICO MOSTRA SEGURANÇA E EFICIÊNCIA

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; ADRIANO DE CARVALHO SALES; RAFAELA LOPES PEREIRA GOUVEIA; DIEGO LAURENTINO LIMA; CAMILA CAIRES ALVINO DE LIMA; LEIDIANNY FIRMINO COSTA; IANELE BRAGA VILELA DE MELO

#### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Embora a cirurgia bariátrica seja a mais rápida e mais eficaz forma de perder e controlar o peso, pacientes com sobrepeso que querem controlar o peso não são elegíveis para esse procedimento. Nesse estudo, um procedimento foi aprimorado para tratamento de obesos e pacientes com sobrepeso. **OBJETIVOS:** Avaliar a segurança e eficiência do uso do balão intragástrico em pacientes obesos em cinco anos. **MATERIAL E MÉTODOS:** Entre junho de 2006 e maio de 2012, 267 pacientes obesos (152 mulheres com média ponderal 99.1kg;  $\pm$  21.9) realizaram tratamento para obesidade usando 286 balões intragástricos de silicone (BIS). Todos os BIS foram não só inseridos como 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 (470- 900 ml). A remoção foi realizada por um posicionamento de um duplo "overtube" no esôfago do paciente. Fez-se um orifício no BIS através de uma agulha e se inseriu um cateter. O conteúdo total do balão foi completamente aspirado. Para retirar o BIS vazio, usou-se uma alça de polipectomia. O BIS foi parcialmente inserido no "overtube", e ambos removidos em conjunto. **RESULTADOS:** Todos os 286 balões foram colocados satisfatoriamente. Dos 286 balões, 173 foram retirados, 11 por causa de intolerância, 6 por

perfuração do balão, e 156 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 e a sedação. No dia seguinte após a colocação do BIS, 10 pacientes precisaram ser internados por 12-48 horas, para controlar náusea e vômitos. Seis balões foram eliminados espontaneamente e assintomaticamente. A média de perda ponderal entre os 156 pacientes que terminaram os 6 meses de tratamento foi de 10,5 ( $\pm$  5.8) kg e a média de perda de peso excessivo (PPE%) foi 41,5 ( $\pm$  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: Poster**

#### 002 - PACIENTES NÃO OBESOS SÃO BENEFICIADOS COM O USO DE BALÕES INTRAGÁSTRICOS?

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; ADRIANO DE CARVALHO SALES; RAFAELA LOPES PEREIRA GOUVEIA; DIEGO LAURENTINO LIMA; CAMILA CAIRES ALVINO DE LIMA; LEIDIANNY FIRMINO COSTA; IANELE BRAGA VILELA DE MELO

#### 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 severos. Ensaio clínico recentes usando balões intragástricos de silicone (BIS) em pacientes com sobrepeso têm provado a utilização segura de BIS nesses pacientes. No entanto, não há relato de publicação de tratamento com BIS nos grupos de pacientes com sobrepeso. **OBJETIVOS:** Apresentar os resultados do tratamento com BIS em pacientes com sobrepeso. **MÉTODOS:** De junho de 2006 a maio de 2012, 1035 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/m<sup>2</sup>. 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/m<sup>2</sup>. Cinco pacientes (11,6%) tiveram episódios de vômitos severos 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: Poster

##### 003 - DEIXAR DE FUMAR APÓS COLOCAÇÃO DE BALÃO INTRA-GÁSTRICO: UM INTERESSANTE "EFEITO COLATERAL"

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; DIEGO LAURENTINO LIMA; ADRIANO DE CARVALHO SALES; RAFAELA LOPES PEREIRA GOUVEIA; CAMILA CAIRES ALVINO DE LIMA; LEIDIANNY FIRMINO COSTA; IANELE BRAGA VILELA DE MELO

#### 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: Entre junho de 2006 e maio de 2012, 267 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 ± 22,5 kg (58,3-207 kg), com média de IMC igual a 34,21 ± 5,2 kg/m<sup>2</sup> (25,6-63,5 kg/m<sup>2</sup>). Durante o tratamento com BIS, eles relataram a nossa equipe uma 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: 3 de 19 pacientes (15,78%) foram colocados no grupo de intolerância leve. Outros três (15,78%) compuseram o grupo com intolerância parcial. 13 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. 6 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

##### 004 - ROTINA DO BYPASS SIMPLIFICADO: EXECUÇÃO EM 7 PASSOS

ANA CAROLINA BROCHADO GEIST; LUIS ALBERTO DE CARLI; MARCOS TANG; FERNANDO KREBS CIRNE LIMA; PAULO CERUTTI FRANCISCATTO; ANDRÉ VICENTE BIGOLIN

#### RESUMO

Introdução: O bypass simplificado, técnica divulgada pelo Dr Almino Ramos, permite a realização desse procedimento trabalhando apenas no andar supramesocólico, o que facilita as ressecções e anastomoses. Com o objetivo de rotinizar nossas cirurgias, dividimos a realização do procedimento em 7 passos bem estabelecidos. Materiais e Métodos: Nosso vídeo demonstra, passo-a-passo, as 7 etapas executadas rotineiramente na nossa equipe nas cirurgias de bypass. Inicia-se com a criação do pouch gástrico, preparação da alça biliopancreática e gastroenteroanastomose. Na sequência, prepara-se a alça alimentar, realiza-se a enteroenteroanastomose e secciona-se a alça biliopancreática. O fechamento do mesentério e do espaço de Peterson é a última etapa. Resultados: O uso rotineiro dos 7 passos pela nossa equipe permitiu, a longo prazo, a diminuição do tempo cirúrgico médio, atualmente de 1 hora e 15 minutos, determinou menor sangramento e diminuição do número de intercorrências transoperatórias. Conclusão: A rotina no bypass simplificado permite a repetição da mesma técnica cirúrgica rotineiramente, o que resulta em um aprimoramento da equipe cirúrgica, agregando benefício aos pacientes.

#### Apresentação: Vídeo Livre

##### 005 - GASTROPLASTIA REDUTORA EM Y DE ROUX LAPAROSCÓPICA NO SITUS INVERSUS PARCIALIS

JEHOVAH GUIMARÃES TAVARES; AUGUSTO CLAUDIO DE ALMEIDA TINOCO; RENAM CATHARINA TINOCO; LUCIANA JANENE EL-KADRE; LIVIA RODRIGUES DE AGUIAR; TARCIANA RIBEIRO SANTOS; RAPHAEL ARAUJO COSTA

#### RESUMO

O vídeo demonstra o tratamento da obesidade mórbida no situs inversus parialis por laparoscopia. Paciente portador de situs inversus parialis submetido a Gastroplastia Redutora em Y de Roux. A técnica foi mantida com inversão das posições dos trocarteres, cirurgião, assistentes e câmera. A cirurgia foi concluída por laparoscopia, com tempo de 110 minutos com boa evolução pós-operatória e permanência de 3 dias no hospital. Concluímos que a cirurgia é eficaz e factível por videolaparoscopia, necessitando de habilidade e de maior curva de aprendizado.

#### Apresentação: Vídeo Livre

##### 006 - COLOCAÇÃO DE BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL - TÉCNICA SIMPLES E SEM SUTURAS

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; ADRIANO DE CARVALHO SALES; MATHEUS MENEZES GOMES; INGRID LAÍS VIEIRA RODRIGUES; JUSCELLE DE SOUZA BARROS; ANA RAFAELA ALMEIDA MORAES; JOSÉ ANDRÉ DA SILVA CORREIA

**RESUMO**

A cirurgia de Banda Gástrica Ajustável é um procedimento restritivo com bons resultados na perda de peso e se executada de forma adequada mostra-se segura, com alta hospitalar mais precoce, além de ser menos mutiladora do sistema digestório. O manejo correto deste método é fundamental para que estes resultados sejam alcançados, sobretudo o intraoperatório. Demonstramos através deste vídeo a colocação da Banda Gástrica com uma técnica simplificada sem suturas. Realizamos esta intervenção através da combinação da dissecação perigástrica e pars-flácida. Com ajuda do "Goldfinger" (Ethicon), que realiza a dissecação retrogástrica, tracionamos a banda pelo mesmo trajeto. Uma sonda com balão insuflado dentro do estômago é tracionada até a junção esôfago-gástrica para formar espaço de uma câmara gástrica, servindo de molde para posicionar a banda. Não utilizamos sutura para fixar a banda.

*Área*  
**CIRURGIA COLOPROCTOLÓGICA**

**Apresentação: Vídeo Livre**

**007 - ACESSO RÁPIDO AO CÓLON TRANSVERSO DURANTE A COLECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA**

*SÉRGIO EDUARDO ALONSO ARAUJO; VICTOR EDMUND SEID; LUCAS DE ARAUJO HORCEL; ALEXANDRE BRUNO BERTONCINI; ALINE MARCILIO ALVES; SERGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO*

**RESUMO**

Introdução: O acesso videolaparoscópico para colectomia total e retocoliectomia total ainda tem a sua relação custo-efetividade como motivo de controvérsia, por resultar ainda em tempo cirúrgico prolongado, principalmente pela necessidade de dissecação do cólon transverso durante esses procedimentos. A discussão é ainda maior quando considerado o uso da assistência manual, pois essa parece reduzir o tempo cirúrgico em cerca de uma hora quando comparado ao método puramente laparoscópico. A transversectomia, em associação à proctectomia, foram as operações colorretais laparoscópicas mais recentemente sistematizadas por sua maior dificuldade técnica, bem como pela necessidade de se provarem factíveis e seguras as linfadenectomias do cólon transverso e a excisão total do mesorreto. Objetivo: Sistematizar a dissecação de cólon transverso por videolaparoscopia sem o auxílio manual. Método: Demonstrar a proposta de sistematização para a dissecação otimizada do cólon transverso por via laparoscópica, com e sem intenção oncológica, durante as operações de colectomia total, sem o uso da assistência manual. Conclusão: É possível contornar as dificuldades do método e reduzir o tempo cirúrgico na dissecação do cólon transverso, tanto para procedimentos oncológicos como para afecções benignas, abdicando da necessidade do uso da assistência manual, através da padronização da técnica de acesso e dissecação conforme proposto aqui pelo nosso grupo.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**008 - COLECTOMIA DIREITA VIDEOLAPAROSCÓPICA POR PORTAL ÚNICO**

*SÉRGIO EDUARDO ALONSO ARAUJO; VICTOR EDMUND SEID; LUCAS DE ARAUJO HORCEL; ALEXANDRE BRUNO BERTONCINI; ALINE MARCILIO ALVES; SERGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO*

**RESUMO**

Introdução: A colectomia direita videolaparoscópica por portal único foi descrita por diferentes grupos sendo a falta de triangulação driblada pelo uso de pontos de tração transparietais. O princípio é operar por laparoscopia através de acesso único e remover o espécime pelo mesmo. Assim, a colectomia direita é um bom modelo para o aprendizado da técnica já que a dissecação é restrita e a ampliação da incisão periumbilical é habitualmente realizada para a anastomose e retirada da peça. Objetivo: Demonstrar uma colectomia direita por laparoscopia via portal único. Método: Colectomia direita videolaparoscópica por adenocarcinoma superficial e adenoma sincrônico do cólon ascendente com o uso do SILS Port (Covidien). Empregou-se a mesma técnica da colectomia direita laparoscópica com múltiplos portais, utilizando-se, em alguns tempos, instrumental curvo e bisturi harmônico. O sentido de dissecação foi médio-lateral, com a anastomose e a retirada da peça por ampliação do acesso umbilical. Conclusão: As dificuldades na videocirurgia por portal único repousam no paralelismo dos instrumentos e no entrosamento entre o cirurgião e seu assistente, sendo essas superadas pelo uso de instrumental curvo, de dispositivos especiais e do treinamento conjunto. Este procedimento é atrativo por realizar cirurgia minimamente invasiva através de incisão cosmética, embora ainda necessite de confirmação prospectiva multicêntrica quanto à sua radicalidade oncológica.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**009 - MICROCIRURGIA ENDOSCÓPICA TRANSANAL: ASPECTOS TÉCNICOS**

*CARLOS RAMON SILVEIRA MENDES*

**RESUMO**

A microcirurgia endoscópica transanal (TEM, do inglês Transanal Endoscopic Microsurgery) foi introduzida em 1983 por G. Buess como técnica minimamente invasiva para ressecção de adenomas e carcinomas retais precoces. Muitos estudos têm sido publicados comparando TEM com cirurgia de ressecção local, transcoccígena (Kraske), transesfincteriana (York-Mason) e ressecções abdominais e perineais. A TEM resulta em redução da morbidade, mortalidade, da disfunção funcional e do tempo de internação, além de retorno precoce às atividades habituais. A TEM é realizada através de um retoscópio, com cerca de 15 cm de comprimento e 4 cm de diâmetro. Esse conjunto é introduzido pelo ânus, após dilatação, e posicionado no reto durante a operação. O tratamento cirúrgico objetiva viabilizar a realização de operações de ressecção de espessura parcial ou total da parede do reto. Este vídeo tem como objetivo a apresentação da técnica cirúrgica de ressecção endoscópica transanal.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**010 - MICROCIRURGIA ENDOSCÓPICA TRANSANAL NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ADENOCARCINOMA DO RETO DISTAL CT2N0 APÓS QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTES**

*SÉRGIO EDUARDO ALONSO ARAUJO; VICTOR EDMUND SEID; ALINE MARCILIO ALVES; ALEXANDRE BRUNO BERTONCINI; LUCAS DE ARAUJO HORCEL*

**RESUMO**

Introdução: A microcirurgia endoscópica transanal introduzida por Buess e cols em 1983 é procedimento minimamente invasivo que

possibilita o tratamento cirúrgico radical por ressecção local isolada. Entre as indicações, encontra-se mais reservada ao adenocarcinoma superficial do reto, em particular para o estágio cT1, considerado de baixo risco. Nesses, observam-se boas taxas de controle local com regressão tumoral, menor taxa de recidiva e possibilidade de preservação esfinteriana, poupando o paciente das morbidades das cirurgias de proctectomia. A ressecção local de tumores mais avançados por este método é controversa mas pode ser considerada após quimiorradioterapia neoadjuvantes. Objetivo: Realizar ressecção radical isolada de lesão residual da parede retal distal, pós-neoadjuvância, por microcirurgia endoscópica transanal. Método: Demonstra-se o emprego da ressecção endoscópica microcirúrgica para a ressecção local de espessura total de lesão residual, associada à quantidade variável de mesorreto, situada na face posterior do reto distal após tratamento inicial com quimiorradioterapia. Conclusão: Os resultados do tratamento por ressecção local das neoplasias superficiais empregando a microcirurgia endoscópica transanal são conhecidos, inclusive após seguimento adequado. Essas experiências abrem caminho para o emprego dessa no manejo dos pacientes com resposta parcial após tratamento neoadjuvante, senão com intenção radical, com objetivo diagnóstico.

**Apresentação: Vídeo Livre**

#### **011 - RETOSSIGMOIDECTOMIA ONCOLÓGICA VIDEOLAPAROSCÓPICA POR PORTAL ÚNICO**

SÉRGIO EDUARDO ALONSO ARAÚJO; VÍCTOR EDMOND SEID; ALINE MARCILIO ALVES; ALEXANDRE BRUNO BERTONCINI; LUCAS DE ARAÚJO HORCEL; SÉRGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO

#### **RESUMO**

Introdução: A videocirurgia por portal único resulta em benefício cosmético e menor agressão à parede abdominal utilizando o mesmo instrumental validado na videocirurgia convencional por múltiplos portais. O princípio básico é operar através de acesso umbilical com remoção do espécime pelo mesmo acesso. Enquanto a cirurgia de afecções colorretais através de orifícios naturais persiste experimental, a cirurgia por portal único iniciou-se na prática há três anos com o grupo de Genebra, seguido pela Cleveland Clinic. Procedimentos complexos como a proctocolectomia total com bolsa ileal já foram realizados, mas, a falta de triangulação ainda necessita de solução. Assim, óticas, portais e instrumentais veem sendo desenvolvidos e testados. Objetivo: Demonstrar retossigmoidectomia videolaparoscópica por portal único umbilical. Método: Retossigmoidectomia oncológica videolaparoscópica em homem de 82 anos com adenocarcinoma do reto a 10 cm da borda anal, empregando-se o portal Endocone (Storz) e ótica de 5mm x 50cm. Resultado: O procedimento foi realizado com a mesma técnica da retossigmoidectomia laparoscópica multiportal. O paciente apresentou rápida recuperação e alta no quarto dia do pós-operatório, com resultado clínico e cosmético satisfatórios. Conclusão: O acesso videolaparoscópico através de portal único para retossigmoidectomia oncológica apesar de dificuldades técnicas inerentes ao método mostra-se factível e segura nas mãos de habilitados à cirurgia laparoscópica avançada.

**Apresentação: Vídeo Livre**

#### **012 - MICROCIRURGIA ENDOSCÓPICA TRANSANAL PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO RADICAL DO ADENOCARCINOMA UT1 DO RETO DISTAL**

SÉRGIO EDUARDO ALONSO ARAÚJO; VÍCTOR EDMOND SEID; ALINE MARCILIO ALVES; ALEXANDRE BRUNO BERTONCINI; LUCAS DE ARAÚJO HORCEL

#### **RESUMO**

Introdução: Com o objetivo de evitar a morbidade e a mortalidade associadas às operações de ressecção radical do adenocarcinoma do reto distal, o número de ressecções locais (RL) realizadas com intenção oncológica vem crescendo nos Estados Unidos e possivelmente também em nosso meio. O emprego da ressecção endoscópica microcirúrgica no manejo das lesões benignas, está associado a melhores desfechos quando comparados com a RL convencionais, como a menor fragmentação do espécime ressecado, menor comprometimento de margens e menor recidiva local. Esses resultados são provavelmente secundários ao instrumental disponível e melhor visibilidade do reto. Objetivo: Realizar remoção local radical de neoplasia de reto distal uT1 através de microcirurgia endoscópica transanal. Método: Demonstra-se o emprego da ressecção endoscópica microcirúrgica para a ressecção local com intenção radical de adenocarcinoma na face anterior de reto distal em paciente do sexo feminino. Conclusão: Os resultados de controle local utilizando-se o método endoscópico microcirúrgico são extremamente satisfatórios e há evidências de que pacientes portadores de adenocarcinoma do reto T1 e de histologia favorável podem ser submetidos a tratamento com RL, inclusive microcirúrgica, com ocorrência de recidiva local semelhante à que se observa após a proctectomia com preservação esfinteriana ou amputação do reto, a despeito das controvérsias.

**Apresentação: Vídeo Livre**

#### **013 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PROCIDÊNCIA DE RETO EM PACIENTE JOVEM COM DOENÇA PSIQUIÁTRICA – SACROPROMONTOFIXAÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA**

BEATRIZ CAMARGO AZEVEDO; RODRIGO AMBAR PINTO; HENRIQUE DAMETTO GIROUD JOAQUIM; SÉRGIO CARLOS NAHAS; IVAN CECCONELLO

#### **RESUMO**

A procidência de reto é afecção muito limitante à qualidade de vida. Existem diversas alternativas técnicas para seu tratamento, entre elas a sacropromontofixação, que consiste em fixação da parede do reto sobre a fascia pré sacral no nível do promontório. Usualmente realizada por via aberta, sua técnica foi modificada para videolaparoscopia, diminuindo a morbidade pós operatória com os mesmo resultados finais. Objetivos: Esse vídeo tem como objetivo mostrar a técnica para realização da sacropromontofixação por via laparoscópica e seus resultados finais. Métodos: Vídeo mostra caso de paciente 33 anos, portador de esquizofrenia com queixa de escape fecal há 2 anos. Com diagnóstico de procidência retal paciente foi submetido a sacropromontofixação pela técnica laparoscópica. Mostramos o aspecto pré operatório e a técnica intraoperatória seus principais passos além do resultado final. Conclusões: Dentre as diversas técnicas utilizadas para o tratamento da procidência retal está a sacropromontofixação videolaparoscópica. Seus uso vem aumentando progressivamente devido aos seus bons resultados, baixo custo, baixa morbidade pós operatória, e rápido retorno às atividades habituais.

## Área CIRURGIA GERAL

Apresentação: Poster

### 014 - HEMORRAGIA DIGESTIVA POR TUMOR GLÔMICO GÁSTRICO – RELATO DE CASO

MARIANA TROCCOLI; PAULA PERUZZI ELIA; ALVARO A. G. FREIRE; GUTEMBERG CORREIA DA SILVA; GREGORIO FELDMAN; JOSE MAURO TEIXEIRA; M. P. ALMEIDA

#### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O tumor glômico é um tumor vascularizado proveniente de células mesenquimatosas da pele e tecido celular subcutâneo. Localiza-se preferencialmente na região subungueal das falanges distais. A localização gástrica é rara, predominando em antro. Acomete preferencialmente pacientes do sexo feminino, com idade média de 39 anos. O tratamento é cirúrgico. **OBJETIVO:** Relatar um caso raro de tumor glômico gástrico. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 38 anos de idade, apresentando melena desde o parto. No 28 dia após o parto evoluiu com hematêmese e instabilidade hemodinâmica. Apresentava hematócrito de 12% e hemoglobina de 4,1 g/dl. Solicitada endoscopia digestiva alta que revelou volumosa massa arredondada, de contornos regulares, coloração vinhosa, medindo cerca de 5 cm, obstruindo o piloro, com sangramento ativo. A paciente foi encaminhada para a cirurgia sendo realizada gastrectomia subtotal com reconstrução em Y de Roux. A imunohistoquímica da peça revelou se tratar de um tumor glômico, demonstrando células com imunoreatividade com os anticorpos anti-antígeno de proliferação celular Ki67 (10%), actina de músculo liso e vimentina. **CONCLUSÃO:** O tumor glômico gástrico é raro, representando cerca de 7% do total das neoplasias gástricas benignas não epiteliais. O tratamento é cirúrgico, e deve ser precoce para evitar a recorrência.

Apresentação: Poster

### 015 - COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA COMO TRATAMENTO EM IDOSOS COM COLECISTOLITÍASE

MARIANE ARAÚJO PUIATTI; GISELLE MARTINS ABREU; NAYARA MARIA MARTINS PEREIRA; TAÍSA RODRIGUES BENEVENUTE; MARCELO BASTOS WEISS; JULIANA ALMEIDA DO VALLE

#### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A colecistolitíase representa a cirúrgica abdominal mais comum no idoso, e possui a Colecistectomia videolaparoscópica (CVL) como padrão-ouro em seu tratamento, nos idosos sintomáticos, desde que clinicamente compensados. Esta apresenta menor repercussão orgânica, metabólica, inflamatória e imunológica, quando comparada a laparotomia, representando benefícios na recuperação do paciente. **OBJETIVO:** Analisar a Colecistectomia videolaparoscópica como tratamento em idosos com colecistolitíase, suas possíveis complicações e morbidade. **MÉTODO:** Pesquisa nas bases de dados SCIELO e MEDLINE e livros texto de cirurgia. A inclusão de artigos obedeceu a critérios de presença de pelo menos um dos descritores: cirurgia videolaparoscópica, vesícula biliar e idoso. **RESULTADO:** A inexperiência dos cirurgiões com o método laparoscópico, dificuldade de identificação das estruturas anatômicas, presença de aderências e inflamação intensa são consideradas causas de conversão cirúrgica, e com a laparotomia há aumento do tempo da internação, recuperação, taxas de complicações e morbidade. O método laparoscópico têm como complicações cirúrgicas as lesões na realização do pneumoperitônio, perfuração da vesícula,

hemorragia e iatrogenias da via biliar. Neste, a morbidade está mais associada à gravidade da doença biliar do que à idade cronológica. O uso de laparoscópio de 30°, a dissecação próxima à junção infundibulocística, a ressecção parcial da vesícula biliar e a conversão para laparotomia podem evitar a lesão das estruturas. **CONCLUSÃO:** Os pacientes idosos que são submetidos à colecistectomia videolaparoscópica apresentam baixo tempo de internação hospitalar e operatório, e baixa morbimortalidade, demonstrando que a colecistectomia videolaparoscópica é um procedimento seguro e eficaz nos idosos. **REFERÊNCIAS:** Loureiro, ER et al. Colecistectomia videolaparoscópica em 960 pacientes idosos. *Rev Col Bras Cir* 2011; 38(3): 155-60. Rego REC, Campos T, Moricz A, Silva RA, Pacheco Júnior AM. Tratamento cirúrgico da litíase vesicular no idoso: análise dos resultados imediatos da colecistectomia por via aberta e videolaparoscópica. *Rev Assoc Med Bras* 2003; 49(3): 293-9. Salim MT, Cutait R. Complicações da cirurgia videolaparoscópica no tratamento de doenças da vesícula e vias biliares. *Arq Bras Cir Dig* 2008; 21(4): 153-7. Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Tratado de cirurgia. 18th ed. Rio de Janeiro: Elsevier 2010.

Apresentação: Poster

### 016 - “HEPATECTOMIA LAPAROSCÓPICA: INDICAÇÕES E RESULTADOS EM 24 DOENTES OPERADOS”

SERGIO RENATO PAIS-COSTA; SERGIO LUIZ MELLO ARAUJO; VICTOR NETTO FIGUEIREDO; OLIMPIA ALVES TEIXEIRA LIMA

#### RESUMO

**Introdução:** Com a evolução da cirurgia minimamente invasiva, as hepatectomias laparoscópicas tem se mostrado uma alternativa interessante para o cirurgião hepático. **Objetivo -** Avaliar os resultados precoces e tardios das hepatectomias laparoscópicas em Hospital Terciário em Brasília, Distrito Federal no Brasil. **Pacientes e Métodos –** Os autores relatam uma série de vinte e quatro doentes submetidos à hepatectomias laparoscópicas realizadas por uma única equipe cirúrgica do Hospital Santa Lucia – em Brasília, Brasil, entre Junho de 2007 e Janeiro de 2012. A idade variou de 21 a 71 anos com mediana de 43 anos. Foram quatorze mulheres e dez homens. Foram treze por lesão benigna enquanto onze foram por lesão maligna. A média do tamanho das lesões foi 4,96 cm. **Resultados -** Foram seis hepatectomias maiores e dezoito hepatectomias menores. A média de tempo cirúrgico foi de 205 minutos (variação de 90 a 360 minutos). A média de sangramento intra-operatório foi de 300 ml (variação de 100 a 1500 ml). Dois doentes foram transfundidos. Houve uma conversão. Não houve mortalidade e nenhum doente foi reoperado. A morbidade pós-operatória foi de 8 % (n=2). Um doente apresentou uma complicação menor (pneumonia lobar), enquanto outro apresentou duas complicações maiores (sangramento intra-operatório e hérnia incisional). A mediana de internação foi de quatro dias (variação de 2 a 11 dias). A mediana de retorno as atividades cotidianas foi de 13 dias (variação de 7 a 40 dias). **Conclusão –** A hepatectomia laparoscópica representa um método cirúrgico seguro de tratamento para lesões hepáticas. Nessa pequena série apresentou mortalidade nula e baixa morbidade associado a um bom resultado estético. **Palavras-Chave:** Laparoscopia; Hepatectomia, Neoplasias Hepáticas/Cirurgia; Metástase neoplásica.

Apresentação: Poster

### 017 - “RE-HEPATECTOMIA LAPAROSCÓPICA PARA HEPATOCARCINOMA FIBROLAMELAR: RELATO DE CASO

SERGIO RENATO PAIS-COSTA; SERGIO LUIZ MELLO ARAUJO; VICTOR NETTO FIGUEIREDO; OLIMPIA ALVES TEIXEIRA LIMA

**RESUMO**

**Introdução:** Atualmente, a hepatectomia laparoscópica (HL) tem se tornado uma opção atraente para o tratamento do hepatocarcinoma localizado no doente não-cirrótico. Esta via apresenta diversas vantagens sobre a cirurgia convencional. No entanto, uma re-hepatectomia laparoscópica não é um procedimento cirúrgico simples, mas pode ser realizado com segurança sem manter as mesmas vantagens evita riscos inerentes apresenta as principalmente quando se realiza por abordagem laparoscópica. **Relato de Caso –** Os autores relatam um caso de um paciente com HCC localizado nos segmentos VI-VII que submetido primariamente a HL (setorectomia posterior direita – SVI+VII) com sucesso. Contudo, apresentou comprometimento microscópico da margem cirúrgica no segmento VI e subseqüentemente foi indicado reoperação. Foi submetido à ressecção do segmento V por laparoscopia com sucesso, sem complicações pós-operatórias e com margens livres de acometimento neoplásico. O doente se apresenta bem e sem recidiva tumoral (seguimento de 1 ano). **Conclusão –** Embora a re-hepatectomia laparoscópica seja tecnicamente difícil de realizar, deve ser amíúde tentada, pois esta abordagem pode ser realizada satisfatoriamente em casos selecionados de HCC cuja margem esta microscopicamente acometida. Apresenta baixa morbidade e bom resultado estético sem comprometer a radicalidade oncológica. **Palavras-Chave:** Laparoscopia, Hepatectomia; Neoplasias hepáticas/cirurgia, Hepatocarcinoma; Taxa de Sobrevida.

**Apresentação: Poster****018 - TRATAMENTO CIRÚRGICO-CITORREDUÇÃO POR VIA LAPROSCÓPICA PARA O CÂNCER DE OVÁRIO: UMA SÉRIE DE 5 CASOS***SERGIO RENATO PAIS-COSTA; SERGIO LUIZ MELLO ARAUJO; VICTOR NETTO FIGUEIREDO; OLIMPIA ALVES TEIXEIRA LIMA***RESUMO**

O câncer de ovário é geralmente uma doença assintomática, quase sempre diagnosticada em estádios avançados e que geralmente resulta em morte. Mais raramente, o diagnóstico é realizado em estágio inicial (câncer de ovário precoce) por ultra-sonografia pélvica. O tratamento curativo clássico tanto para casos precoces quanto avançados tem sido a cirurgia citorrredutora por laparotomia. Entretanto, o papel da abordagem laparoscópica no tratamento de tumores malignos está aumentando em virtude dos muitos benefícios. Os autores apresentam uma série de cinco casos de câncer de ovário que foram tratadas por meio de uma citorrredução laparoscópica ótima (linfadenectomia pélvica, retroperitoneal, epiplectomia e ressecção tumor pélvico totalmente laproscópicas) com boa evolução pós-operatória e sem sinais de recorrência (entre seis meses e 24 meses de seguimento). Em suma, o acesso laparoscópico para realização de uma citorrredução ótima no câncer de ovário representa uma excelente escolha. Boa experiência da equipe cirúrgica pode permitir que o acesso laparoscópico seja uma opção factível, segura e efetiva no manejo do câncer de ovário precoce sem comprometer a radicalidade oncológica. **Palavras-chave:** cancer de ovário, citorrredução laparoscópica, séries de caso.

**Apresentação: Poster****019 - RESECÇÃO LAPAROSCÓPICA DE LEIOMIOSSARCOMA RETROPERITONIAL: RELATO DE CASO***SERGIO RENATO PAIS-COSTA; SERGIO LUIZ MELLO ARAUJO; VICTOR NETTO FIGUEIREDO; OLIMPIA ALVES TEIXEIRA LIMA***RESUMO**

Os tumores retroperitoneais representam um grupo heterogêneo raro de neoplasias. O princípio do tratamento é a ressecção completa macroscópica do tumor com margens livres. Atualmente, a via laparoscópica tem se tornado uma abordagem interessante no tratamento de tumores sólidos tanto benignos quanto malignos. As maiores vantagens são baixa morbidade, menos dor pós-operatória, rápida recuperação e bom resultado cosmético. Os autores apresentam uma mulher de 47 anos com um pequeno leiomiossarcoma retroperitoneal (5 cm) que seguiu uma ressecção do tumor laparoscópica com sucesso. A paciente apresentou uma boa evolução pós-operatória sem complicação. Recebeu alta no primeiro dia pós-operatório (24 horas de pós-operatório). Atualmente, ela está viva sem sinais de recidiva do tumor aos seis meses de seguimento. O acesso laparoscópico parece uma boa opção para o tratamento de pequenos sarcomas retroperitoneais. Este procedimento evita grandes incisões. Dessa maneira, a abordagem laparoscópica leva a baixa morbidade, menos dor pós-operatória, rápida recuperação e bom resultado cosmético. **Palavras-chave:** Cirurgia laparoscópica, sarcoma retroperitoneal, leiomiossarcoma.

**Apresentação: Poster****020 - MESOPANCREATECTOMIA LAPAROSCÓPICA POR CISTOADENOMA MUCINOSO: RELATO DE CASO***SERGIO RENATO PAIS-COSTA; SERGIO LUIZ MELLO ARAUJO; VICTOR NETTO FIGUEIREDO; OLIMPIA ALVES TEIXEIRA LIMA***RESUMO**

Os tumores mucinosos císticos de pâncreas são neoplasias raras que ocorrem em idosas, ao contrário dos tumores serosos cujo curso é geralmente benigno apresentam chance de malignização e seu tratamento é amíúde a ressecção. A via laparoscópica tem sido uma boa opção para o tratamento das neoplasias pancreáticas, mormente as localizadas a esquerda dos vasos mesentéricos. Nos tumores de localização central, a mesopancreatectomia é boa opção por conservar parenquima pancreático minimizando complicações endócrinas ou exócrinas em longo prazo. Os autores apresentam uma mulher de 70 anos com um tumor mucinoso de 3 cm em corpo-colo pancreático que seguiu uma mesopancreatectomia laparoscópica com sucesso. A paciente apresentou uma boa evolução pós-operatória sem complicação. Recebeu alta no sétimo dia pós-operatório. Atualmente, ela está viva sem sinais de recidiva do tumor aos seis meses de seguimento. O acesso laparoscópico parece uma boa opção para o tratamento de tumores em colo pancreático. Este procedimento evita grandes incisões. Dessa maneira, a abordagem laparoscópica leva a baixa morbidade, menos dor pós-operatória, rápida recuperação e bom resultado cosmético. **Palavras-chave:** Cirurgia laparoscópica, tumores císticos de pâncreas.

**Apresentação: Poster****021 - SETORECTOMIA POSTERIOR DIREITA AMPLIADA POR VIA HÍBRIDA PARA METÁSTASE HEPÁTICA DE SARCOMA COM INVASÃO DE ARCOS COSTAIS: RELATO DE CASO***SERGIO RENATO PAIS-COSTA; SERGIO LUIZ MELLO ARAUJO; VICTOR NETTO FIGUEIREDO; OLIMPIA ALVES TEIXEIRA LIMA***RESUMO**

A ressecção de metastases hepáticas por sarcoma tem sido preconizada principalmente nos casos em que cirurgia pode ser R0 e

a lesão é única. A abordagem laparoscópica para metástases hepáticas tem se tornado padrão-ouro para centros de excelência. Os autores apresentam um caso de sarcoma pélvico com metástase única em lobo direito com invasão de três arcos costais que foi submetido a setorectomia posterior direita ampliada com ressecção de arcos costais por via laparoscópica-aberta com sucesso. O paciente apresentou uma boa evolução pós-operatória sem complicação. Recebeu alta no décimo dia pós-operatório. Atualmente, ele está viva sem sinais de recidiva do tumor aos doze meses de seguimento. O acesso híbrido parece uma boa opção para o tratamento de tumores localmente avançados do setor posterior direito. Este procedimento evita grandes incisões. Dessa maneira, a abordagem laparoscópica leva a baixa morbidade, menos dor pós-operatória, rápida recuperação e bom resultado cosmético. Palavras-chave: Cirurgia laparoscópica, metástases hepáticas.

#### Apresentação: Poster

### 022 - O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA APÓS SIMPATECTOMIA LOMBAR RETROPERITONIOSCÓPICA

SONIA OLIVEIRA LIMA; GLEIDE MARIA GATTO BRAGANÇA; ALOISIO FERREIRA PINTO NETO; JOSÉ MACHADO NETO; GUSTAVO NABUCO FARO DANTAS BAPTISTA; VANESSA ROCHA DE SANTANA; 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 2007 a 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: Poster

### 023 - TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO DA OBSTRUÇÃO INTESTINAL – RELATO DE CINCO CASOS

BRENO JOSÉ PALMIERI; FERNANDO CAMPOS DE QUEIROZ; RAFAEL M. C. PIRFO; RHAFIR GONÇALVES; PEDRO J CARDOSO; TACIANA S. R. DE QUEIROZ

#### RESUMO

As indicações para a laparoscopia continuam a expandir à medida que os cirurgiões tornam-se mais confortáveis com as técnicas e procedimentos videolaparoscópicos. Em outros tempos, o diagnóstico de obstrução intestinal configurava uma contra-indicação relativa à laparoscopia. Entretanto, recentemente séries retrospectivas de pacientes com obstrução intestinal de delgado tratadas por laparoscopia tem sido publicadas. O tratamento laparoscópico da obstrução intestinal exige taxas de sucesso que variam de 60 a 80%. As complicações são raras, mas incluem a perfuração iatrogênica do intestino distendido, usualmente pela passagem do trocarte. A maioria dos autores recomenda que o posicionamento do primeiro trocarte seja por via aberta em região abdominal não incisada previamente. O quadrante superior esquerdo deve ser o local considerado caso a linha média não possa ser utilizada. Os trocartes subsequentes devem ser posicionados por visão direta e alguns autores recomendam que a região infra-umbilical seja liberada de aderências antes da introdução do portal para a inserção da câmera. Deve-se ter cuidado ao manipular alças distendidas e edemaciadas, o que demanda o uso de pinças atraumáticas para o inventário da cavidade. Trabalhos retrospectivos sugerem que o tratamento laparoscópico da obstrução intestinal de delgado é seguro e eficaz, com menor tempo para o retorno à função intestinal normal, menor tempo de permanência hospitalar e menores custos ao sistema hospitalar. Entretanto, a lise laparoscópica de aderências requer instrumental cirúrgico adequado, cirurgião experiente, baixo limiar para a conversão à laparotomia, além de uma seleção criteriosa de pacientes. São pacientes elegíveis ao tratamento videolaparoscópico aqueles não portadores de neoplasia intra-abdominal, doença inflamatória intestinal, distensão abdominal leve, obstrução proximal, obstrução parcial, obstrução por brida única previamente diagnosticada ou mais de uma laparotomia prévia por obstrução intestinal. Analisamos a segurança e aplicabilidade desta abordagem no nosso serviço (SEMPER Hospital Geral, Belo Horizonte – MG), nos anos 2011/12. Foram estudados cinco casos, sendo quatro casos de obstrução de intestino delgado e um caso de obstrução de intestino grosso. Nos cinco pacientes a incisão para a introdução do primeiro trocarte foi realizada na região infra-umbilical seguida de pneumoperitônio aberto. Três pacientes apresentaram brida única ao inventário da cavidade. Um deles múltiplas aderências e outro sinais de isquemia segmentar, sendo necessário o desfecho laparotômico vídeo-assistido. O tempo operatório médio foi de 1h e 30min. A evolução dos doentes se deu de forma habitual, com retorno a dieta por via oral entre o pós-operatório imediato e o primeiro DPO. O tratamento laparoscópico da obstrução intestinal ainda carece de trabalhos prospectivos para que se determine sua real eficácia e segurança em comparação ao tratamento convencional laparotômico.

#### Apresentação: Poster

### 024 - ACESSO INFRAMAMARIO VERSUS INFRAREOLAR NA SIMPATECTOMIA TORACOSCÓPICA NO TRATAMENTO DA HIPERIDROSE PRIMARIA

SONIA OLIVEIRA LIMA; ALOISIO FERREIRA PINTO NETO; JOSÉ MACHADO NETO; GUSTAVO NABUCO FARO DANTAS BAPTISTA; MARIA ZULEIDE FELIZOLA LEÃO ALMEIDA; VANESSA ROCHA DE SANTANA; FRANCISCO PRADO REIS

#### RESUMO

Objetiva-se apresentar a factibilidade aspecto cosmético cicatricial dos acessos infra-areolar versus o infra-mamário associados com o axilar para a realização da simpatectomia toracoscópica no tratamento da hiperidrose primária de ambos os gêneros em qualquer faixa etária. No período de 2000 a 2010,

realizou-se simpatectomia endoscópica em 422 pacientes, sendo 45% do gênero feminino e 55% do masculino, com média de idade de 26,9 anos. Em novembro de 2000, utilizou-se três portos e a partir de 2002 passou-se a utilizar apenas dois acessos, sendo um axilar de 5 mm e outro infra mamário de 10 mm em nível do quinto espaço intercostal da linha hemiclavicular. As vias de acesso utilizando as incisões infra-areolar e axilar foram iniciadas no ano de 2004, em crianças de ambos os gêneros e em adultos do gênero masculino. Em 2008 passou-se a ser realizadas em mulheres de todas as idades. No período de 2004 a 2008, utilizava-se a incisão infra-areolar de 10 mm, em virtude da disponibilidade da óptica. Em 2009, optou-se pelo uso da óptica de 5 mm, mantendo a qualidade da imagem e possibilitando a redução da incisão infra-areolar para 5 mm. Nas duas vias não ocorreram complicações que necessitassem de conversão da via de acesso utilizada, assim como a maioria dos casos o aspecto cicatricial foi considerado adequado pela paciente. Na via infra mamária verificou-se a presença de cicatrizes hipertróficas e queloidianas, enquanto na via infra-areolar não foram verificadas estas alterações. Não houve alterações nem perda de sensibilidade no complexo areolar em ambas vias utilizadas. A presença de aderências entre as pleuras parietal e visceral e de mamas volumosas dificultou, porém não impossibilitou, o ato operatório pelo acesso infra-areolar mamário. A lactação não impediu, enquanto que a presença de prótese mamária contra-indicou este acesso. A via de acesso infra-areolar promove um melhor efeito cosmético cicatricial quando comparada a infra mamária na realização da simpatectomia toracoscópica para o tratamento da hiperidrose primária, tanto no gênero masculino quanto no feminino, em qualquer faixa etária.

#### Apresentação: Poster

##### 025 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASSAS HEPÁTICAS EM PACIENTE FEMININO – RELATO DE CASO

NICOLA FIORINO BIANCARDI; DIANA BRAZIELLAS JUSTINIANO; MARIANA DA SILVA HASSAN; DANIELLA ALMEIDA DE PAIVA; MARINA FIORINO BIANCARDI; MARCELLE MARQUES MAGALHÃES; MARCOS FILGUEIRAS

#### RESUMO

**Introdução:** O diagnóstico diferencial de massas hepática no adulto é amplo, e de fundamental importância pela alta morbimortalidade das doenças hepáticas. Os tumores sólidos hepáticos representam o principal diagnóstico, sendo classificados como primários, próprio do tecido hepático, ou secundários, como metástases hepáticas. Nas primárias temos: Hepatocarcinoma, seguido do Hemangioma e outras massas benignas. A caracterização da vascularização, padrão do fluxo assim como detecção de calcificações e outros achados à Tomografia Computadorizada (TC) ou à Ultrassonografia com Doppler podem sugerir o provável diagnóstico, e direcionar terapêutica. **Relato de caso:** Paciente MFAS, feminino, 25 anos, doméstica, teresopolitana-RJ. Paciente encaminhada ao ambulatório de cirurgia do Hospital das Clínicas de Teresópolis (HCT) em Outubro de 2011, com quadro de vômitos e náuseas após alimentação gordurosa associado a dor abdominal e aumento do volume abdominal. Na HPP, relata ser portadora de Traço Falcêmico - Talassemia Menor. Ao exame: Paciente apresentava-se hipocorada (2+/4+) há inspeção geral. Ao exame de abdome: Abdome globoso, peristáltico, timpânico em QIE e QID, submaciço em QSD, a palpação notou-se presença de massa ocupando toda região de epigástrico/hipocôndrio direito, de consistência endurecida, fixa, doloroso(1+/4+) à palpação profunda. Sem outras alterações ao exame. Internada do HCTCO para biópsia hepática eletiva. Em TC de abdome realizada em 08/03/12, temos: Volumosa lesão expansiva acometendo o lobo direito hepático, determinando aumento do mesmo, com múltiplas septações realçadas pelo contraste (18,5x16,5x11,5 cm); estômago rechaçado para esquerda. À Endoscopia Digestiva Alta em 09/

03/12, observou-se: esofagite grau II, hérnia de hiato, gastrite leve de antro enantematosa, com compressão extrínseca da grande curvatura. Em 18/04/12, realizou-se laparoscopia com tentativa de biópsia da lesão. Ao procedimento observou-se formação cística ocupando o lobo direito hepático com suspeita de hemorragia intracística associada à grande vascularização do cisto, de aspecto suspeito de Hemangioma hepático. Devido ao risco de hemorragia abdominal, optou-se por não colher material para biópsia. Encaminhou-se paciente para serviço de cirurgia do Hospital Federal de Bonsucesso(HFB), onde se deu seguimento ao tratamento. No HFB foi realizado hepatectomia direita estendida. Equipe aguarda histopatológico para seguimento da terapêutica. **Discussão:** Relatamos um caso de massa hepática submetida a laparoscopia com tentativa de biópsia, sem sucesso em abordagem inicial. Devido aos achados da TC não direcionarem ou sugerirem diagnóstico, e a biópsia não ter sido realizada, optou-se pela hepatectomia direita. A terapêutica será direcionada de acordo com o resultado histopatológico da peça em análise.

#### Apresentação: Poster

##### 026 - GESTANTE COM APENDICITE AGUDA: RELATO DE CASO E DISCUSSÃO SOBRE APENDICECTOMIA LAPAROSCÓPICA OU ABERTA

NAYARA MARIA MARTINS PEREIRA; GISELLE MARTINS ABREU; MARIANE ARAÚJO PUIATTI; TAÍSA RODRIGUES BENEVENUTE; JULIANA ALMEIDA DO VALLE; MARCELO BARROS WEISS

#### RESUMO

**Introdução.** A apendicite aguda é uma patologia inflamatória comum e a patologia cirúrgica não obstétrica mais frequente durante a gestação. O seu diagnóstico geralmente é tardio, o que pode ocasionar em alto índice de complicações como perfuração. A apendicectomia laparoscópica é o tratamento de escolha mas em gestações avançadas alguns autores defendem a apendicectomia aberta. **Relato de Caso.** Paciente na terceira década de vida, feminina, idade gestacional no terceiro trimestre, apresentando dor abdominal no quadrante inferior direito com irradiação para região lombar e vômitos persistentes. Ao exame físico apresentou sinais de irritação peritoneal com defesa e hipertermia. Sem outras comorbidades. Exame laboratorial evidenciou leucocitose com desvio à esquerda. Foi realizado radiografia para rotina de abdome agudo, com incidências de decúbito dorsal anteroposterior, em decúbito lateral e ortostase, sendo que este sofreu alterações devido a gestação, dificultando o diagnóstico. A ultrassonografia de abdome e pelve demonstrou formação expansiva em topografia de fossa ilíaca direita, predominantemente hiperecogênica. A tomografia computadorizada evidenciou distensão do apêndice e espessamento da parede do mesmo, com realce da parede do órgão. A paciente foi submetida a laparoscopia exploradora mas durante o procedimento, por dificuldades técnicas devido ao volume uterino pela idade gestacional avançada, foi necessária a conversão para apendicectomia aberta. A paciente evoluiu com pós-operatório sem complicações e alta hospitalar 2 dias após intervenção cirúrgica. **Conclusão.** Embora o diagnóstico de apendicite na gravida seja mais difícil, o diagnóstico deve ser realizado o mais rápido possível. A laparoscopia é uma possibilidade de tratamento na apendicite aguda em gestantes pela mínima agressão cirúrgica porém, em gestações avançadas, principalmente após 26 semanas, a apendicectomia aberta passa a ser uma opção.

#### Apresentação: Poster

##### 027 - APENDICECTOMIA VIDEOASSISTIDA POR ACESSO ÚNICO TRANSUMBILICAL COMPARADA COM A CONVENCIONAL E COM A LAPAROSCÓPICA

GERALDO JOSÉ DE SOUZA LIMA; RODRIGO FABIANO GUEDES LEITE; GUSTAVO MUNAYER ABRAS; GRAZIELA MACHADO BONFIM; RENATA SPADON DA SILVA; DIEGGO PIRES RAMALHO; FABIO CUNHA PEIXOTO

### RESUMO

Apendicectomia videoassistida por acesso único transumbilical comparada com a convencional e com a laparoscópica. O tratamento padrão-ouro da apendicite aguda ainda não encontra-se estabelecido. A proposta deste estudo original é comparar as três técnicas consagradas de apendicectomia. Trata-se de casuística englobando 1232 pacientes. As variáveis comparadas foram: Tempo operatório, permanência hospitalar, complicações pós-operatórias precoces e tardias, dor e retorno às atividades habituais. A apendicectomia videoassistida transumbilical (AVATU) demandou menor tempo operatório comparada com as outras técnicas. As abordagens menos invasivas apresentaram menos dor, menor incidência de complicações, menor internação hospitalar e retorno mais rápido às atividades habituais. A AVATU pode ser credenciada como técnica preferencial como abordagem inicial da apendicite aguda.

**Apresentação: Poster**

#### 028 - COLECISTECTOMIA MINILAPAROSCÓPICA SEM CLIPS COMO UMA ALTERNATIVA EFICIENTE, SEGURA E CUSTO-EFETIVA EM PLENA ERA DO SINGLE PORT E DO N.O.T.E.S. - ESTUDO COM 1508 CASOS

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; ADRIANO DE CARVALHO SALES; RAFAELA LOPES PEREIRA GOUVEIA; DIEGO LAURENTINO LIMA; CAMILA CAIRES ALVINO DE LIMA; LEIDIANNY FIRMINO COSTA; IANELE BRAGA VILELA DE MELO

### 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:** De janeiro de 2000 à maio de 2012, 1508 pacientes que se submeteram à colecistectomia por minilaparoscopia foram analisados (77,2% mulheres/média de idade de 47,1 anos). Todos os pacientes eram portadores de colecistite litiasica 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 proximidades 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 41 min. A média de tempo de internamento foi de 15h. Não houve conversão para cirurgia aberta. Em 3% 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 mortes, 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 para sangramentos e lesar os 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. Esse 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: Poster**

#### 029 - HERNIORRAFIA INCISIONAL VIDEOLAPAROSCÓPICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA INICIAL

PEDRO ROMANELLI DE CASTRO; BRUNO CUNHA CHAMONE; RICARDO AUGUSTO COUTO MARTINS; ÁTILA MAGALHÃES VICTÓRIA; CECÍLIA ALCÂNTARA BRAGA; JOÃO PAULO DOS SANTOS GOUVÊA

### RESUMO

**Introdução:** Hérnias incisionais são complicações comuns em cirurgias abdominais. Elas consistem em defeitos adquiridos na parede abdominal em locais correspondentes a incisões cirúrgicas prévias. Seu reparo pode variar desde sutura simples para a correção do defeito fascial até a colocação de próteses por via laparoscópica. **Métodos:** Foram analisadas as cirurgias de herniorrafia incisional do serviço de cirurgia do Hospital Militar de Minas Gerais nos anos de 2010 e 2011. O número de cirurgias para correção de hérnia incisional realizadas no serviço nos anos de 2010 e 2011 foi de 44 (25 em 2010 e 19 em 2011), destas, 13 foram por via laparoscópica, sendo que 2 utilizaram tela tipo PTFE (Politetrafluoretileno), 2 utilizaram tela de Poliéster multifilamentar + filme hidrofílico e 9 cirurgias tela do tipo Polipropileno + celulose oxidada. **Resultados:** O número de cirurgias por via laparoscópica correspondeu a 29,5% do total de cirurgias para correção de hérnia incisional. A tela mais utilizada foi a de Polipropileno + Celulose oxidada que corresponde a 69,2% das cirurgias laparoscópicas. As telas de PTFE e Poliéster multifilamentar +filme hidrofílico correspondem a 15,4% cada. **Conclusão:** A cirurgia laparoscópica tem se mostrado alternativa interessante frente à correção de hérnias incisionais. Estudos adicionais são necessários para a avaliação e comparação das técnicas aberta e laparoscópica.

**Apresentação: Poster**

#### 030 - LINFADENECTOMIA LAPAROSCÓPICA PÉLVICA APÓS IMPREGNAÇÃO INTRADÉRMICA DE MARCADOR LINFÁTICO EM NEOPLASIA MAMÁRIA DE UMA CADELA: ESTUDO PILOTO

FERNANDO WIECHETECK DE SOUZA; MAURÍCIO VELOSO BRUN; ANDRIGO BARBOZA DE NARDI; RAFAEL RICARDO HUPPES; CAROLINA QUARTERONE; TALITA MARIANA MORATA RAPOSO

### RESUMO

A linfadectomia laparoscópica é realizada de forma rotineira na medicina humana, utilizando-se marcadores linfáticos injetáveis para delimitação do tecido linfático e promoção de margens cirúrgicas. Neste relato, um canino fêmea, SRD, com 12kg, apresentando tumores na cadeia mamária esquerda (glândula mamária abdominal medial "M4e" e caudal "M5e"), foi submetido a aplicação intra-dérmica do azul de metileno estéril, ao redor do maior

tumor, localizado em M5e para demarcação dos vasos linfáticos e linfonôdos regionais. Após 15 minutos da aplicação do marcador linfático iniciou-se a linfadenectomia abdominal videolaparoscópica na região pélvica esquerda. Foi realizada ainda a ovário-histerectomia laparoscópica utilizando os mesmos portais de acesso. Ao final desse procedimento realizou-se a mastectomia total unilateral esquerda. O paciente ficou internado por dois dias no Hospital Veterinário da Universidade de Franca até receber alta hospitalar. A cadeia de linfonôdos pélvica esquerda removida foi encaminhada a histopatologia para verificação de possíveis células e linfonodos corados com o azul de metileno.

#### Apresentação: Poster

### 031 - ESTUDO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES SADIOS E PORTADORES DE COMORBIDADES SUBMETIDOS A CIRURGIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS

LUIZ VIANNA DE OLIVEIRA; MAGNO CEZAR AMARAL DE SOUZA JUNIOR; PAULO ANDRÉ JESUINO DOS SANTOS; BRENO SANTOS AMARAL; THAIGO PAULO TEIXEIRA DOS SANTOS; MATHEUS ROCHA ARAUJO; MATEUS MARQUES DE AMORIM

#### RESUMO

**OBJETIVO:** Estudo comparativo entre pacientes sadios e portadores de comorbidades submetidos a cirurgias videolaparoscópicas em um período de 107 meses. **METODOLOGIA:** Foram selecionados os pacientes submetidos a cirurgias videolaparoscópicas em dois hospitais privados num período de 107 meses, por uma mesma equipe cirúrgica e divididos em 02 grupos, segundo a classificação de estado físico da ASA; o primeiro grupo (G 1) composto pelos pacientes classificados como ASA I (sem comorbidades) e o segundo (G 2) por ASA II, III, IV ou V (portadores de alguma comorbidade). Os dados foram obtidos através de fichas padronizadas, pré-elaboradas, sendo armazenados em um banco de dados computadorizado e posteriormente submetidos a análise estatística. **RESULTADO:** Do total de pacientes, 692 foram submetidos a cirurgias videolaparoscópicas, sendo 64,0% destes considerados sadios (G 1) e 36,0% portadores de comorbidades (G 2); No grupo 2, 93,2% dos pacientes eram ASA II. Em relação ao sexo, o feminino prevaleceu em ambos os grupos com 73,5% no G1 e 79,5% no G2. A faixa etária média do G1 (37,3 anos  $\pm$  14,8), foi menor do que a encontrada no G2 (54,7 anos  $\pm$  15,8). No G1 as cirurgias foram limpas em 7,2% dos casos, potencialmente contaminadas em 68,2%, contaminadas em 17,6% e infectada em 7,2%; Já no G2, 9,2% foram limpas, 70,7% foram potencialmente contaminadas, 15,7% contaminadas e 4,4% delas foram infectadas. A antibioticoprofilaxia foi realizada em 82,6% das cirurgias do G1 e 77,5% do G2 e a profilaxia para TVP/TEP foi feita em 28% e 67,8% respectivamente. O tempo cirúrgico médio foi de 87,3  $\pm$  45,6 min. no G1 e 95,5  $\pm$  62,1min. no G2. Todos realizaram anestesia geral. O internamento médio foi de 50,3  $\pm$  58,3 (mediana= 24) horas no G1 e 57,8  $\pm$  76,1 (mediana= 24) horas no G2. As complicações pós-operatórias foram mais comuns no G1 (32,9%) do que no G2 (32,1%) **CONCLUSÃO:** Os autores concluem que a duração do internamento e o tempo cirúrgico foram maiores no grupo de pacientes com comorbidades do que naqueles sadios submetidos a cirurgias videolaparoscópicas.

#### Apresentação: Poster

### 032 - ESTUDO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS DE URGÊNCIA E ELETIVAS

LUIZ VIANNA DE OLIVEIRA; MAGNO CEZAR AMARAL DE SOUZA JUNIOR; PAULO ANDRÉ JESUINO DOS SANTOS; BRENO SANTOS AMARAL; TANCREDO ALCÂNTARA FERREIRA JUNIOR; ALAN FONSECA AIRES; TOMÁS VILASBOAS VIANA

#### RESUMO

**OBJETIVO:** Estudo comparativo entre pacientes submetidos a cirurgias videolaparoscópicas de urgência e eletivas, em um período de 107 meses. **METODOLOGIA:** Foram selecionados os pacientes submetidos a cirurgias videolaparoscópicas em dois hospitais privados, por uma mesma equipe cirúrgica, num período de 107 meses e divididos em 02 grupos conforme as condições de abordagem cirúrgica; o primeiro grupo (grupo U) composto pelos pacientes submetidos a procedimentos em caráter de urgência (admitidos através da unidade de emergência) e o segundo (grupo E) de forma eletiva (oriundos de consultas ambulatoriais). Os dados foram obtidos através de fichas padronizadas, pré-elaboradas, sendo armazenados em um banco de dados computadorizado e posteriormente submetidos a análise estatística. **RESULTADO:** Do total de pacientes, 692 foram submetidos a cirurgias videolaparoscópicas, sendo 30% destas consideradas como urgência e 70% eletivas; No grupo U, as patologias mais comuns foram apendicite e colecistite responsáveis por 54,1% e 28,5% dos casos respectivamente, em seguida, as ginecológicas, com 9,2% dos casos; Já no grupo E, a colelitíase foi responsável por 82,4% das cirurgias eletivas, seguida pelas patologias ginecológicas em 9,4%. O sexo feminino foi mais prevalente em ambos os grupos, com 65,2% no grupo U e 80,2% no grupo E. Em relação a classificação da ASA, 73,9% dos pacientes do grupo U eram ASA I, 24,1% ASA II, 1% ASA III e 1% ASA IV; No grupo E, 59,8% ASA I, 37,5% ASA II e 2,7% ASA III. A faixa etária média do GU (38 anos  $\pm$  17,5), foi menor do que a encontrada no GE (45,8 anos  $\pm$  16,5). No GU as cirurgias foram limpas em 2,9% dos casos, potencialmente contaminadas em 54,1%, contaminadas em 26,5% e infectadas em 16,4%; Já no GE, 9,2% foram limpas, 76% foram potencialmente contaminadas, 13% contaminadas e 0,6% delas foram infectadas. A antibioticoprofilaxia foi realizada em 71,5% das cirurgias do GU e 84,7% do GE e a profilaxia para TVP/TEP foi feita em 23,6% e 50,3% respectivamente. O tempo cirúrgico médio foi de 89,5  $\pm$  42,3 min. no GU e 90,8  $\pm$  54,3 min. no G2. Todos realizaram anestesia geral. O internamento médio foi de 72  $\pm$  72,7 (mediana=48) horas no GU e 44,5  $\pm$  57,6 (mediana= 24) horas no GE. As complicações pós-operatórias foram mais comuns no GU (33,6%) do que no G2 (30,4%) **CONCLUSÃO:** Os autores concluem que a duração do internamento e o índice de complicações foram maiores no grupo de pacientes operados em caráter de urgência do que naqueles submetidos a cirurgias eletivas videolaparoscópicas.

#### Apresentação: Poster

### 033 - ESTUDO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES SADIOS E PORTADORES DE COMORBIDADES SUBMETIDOS A APENDICETOMIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS

LUIZ VIANNA DE OLIVEIRA; MAGNO CEZAR AMARAL DE SOUZA JUNIOR; PAULO ANDRÉ JESUINO DOS SANTOS; SAIONARA MARIA NUNES NASCIMENTO; PEDRO BOTELHO DE ALENCAR FERREIRA CRUZ; LUDMILLA ACELINA CANDIDO SANTOS; ISADORA TELES SANJUAN

#### RESUMO

**OBJETIVO:** Estudo comparativo entre pacientes sadios e portadores de comorbidades submetidos a apendicectomias videolaparoscópicas em um período de 107 meses. **METODOLOGIA:** Foram selecionados os pacientes submetidos a apendicectomias videolaparoscópicas em dois hospitais privados num período de 107 meses, por uma mesma equipe cirúrgica

e divididos em 02 grupos, segundo a classificação de estado físico da ASA; o primeiro grupo (G 1) composto pelos pacientes classificados como ASA I (sem comorbidades) e o segundo (G 2) por ASA II, III, IV e V (portadores de alguma comorbidade). Os dados foram obtidos através de fichas padronizadas e pré-elaboradas, sendo armazenados em um banco de dados computadorizado e submetidos, posteriormente, a análise estatística. RESULTADO: Do total de pacientes, 114 foram submetidos a apendicectomia videolaparoscópica, sendo 84,2% destes considerados sadios (G 1) e 15,8% portadores de comorbidades (G 2); No grupo 2 todos os pacientes eram ASA II. Em relação ao sexo, a maioria dos pacientes do G2 eram do sexo feminino (72,2%), enquanto no G1, ambos foram responsáveis por 50%. A faixa etária média do G1 (27,9 anos  $\pm$ 12,51), foi menor do que a encontrada no G2 (42,6 anos  $\pm$ 18,5). No G1 as cirurgias foram potencialmente contaminadas em 46,8% dos casos, contaminadas em 31,3% e infectada em 21,9%; Já no G2, 50% foram potencialmente contaminadas, 27,7% contaminadas e 22,3% delas foram infectadas. A antibioticoprofilaxia foi realizada em 75% das cirurgias do G1 e 72,2% do G2 e a profilaxia para TVP/TEP em 7,3 % dos pacientes e 16,7 %, respectivamente. O tempo cirúrgico médio foi de 79,1  $\pm$  34,4 min. no G1 e 61,7  $\pm$ 17,9min. no G2. Todos realizaram anestesia geral. O internamento médio foi de 67  $\pm$  70,4 (mediana= 48) horas no G1 e 64  $\pm$  37,7 (mediana= 60) horas no G2. As complicações pós-operatórias foram mais comuns no G1 (33,3%) do que no G2 (16,7%) CONCLUSÃO: Os autores concluem que a presença de comorbidades, sem interferir na homeostasia do paciente, não prolongou a duração do internamento ou tempo cirúrgico nem aumentou a taxa de complicações no pós-operatório dos pacientes submetidos a apendicectomias videolaparoscópicas.

**Apresentação: Poster**

#### **034 - ESTUDO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES SADIOS E PORTADORES DE COMORBIDADES SUBMETIDOS A COLECISTECTOMIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS**

LUIZ VIANNA DE OLIVEIRA; MAGNO CEZAR AMARAL DE SOUZA JUNIOR; PAULO ANDRÉ JESUINO DOS SANTOS; TANCREDO ALCANTARA FERREIRA JUNIOR; SAIONARA MARIA NUNES NASCIMENTO; ANA CAMILA NOGUEIRA BORGES; FELIPE SAMPAIO ROSA RIBEIRO

#### **RESUMO**

**OBJETIVO:** Estudo comparativo entre pacientes sadios e portadores de comorbidades submetidos a colecistectomias videolaparoscópicas em um período de 107 meses. **METODOLOGIA:** Foram selecionados os pacientes submetidos a colecistectomias videolaparoscópicas em dois hospitais privados num período de 107 meses, por uma mesma equipe cirúrgica e divididos em 02 grupos, segundo a classificação de estado físico da ASA; o primeiro grupo (G1) composto pelos pacientes classificados como ASA I (sem comorbidades) e o segundo (G2) por ASA II, III, IV e V (portadores de alguma comorbidade). Os dados foram obtidos através de fichas padronizadas e pré-elaboradas, sendo armazenados em um banco de dados computadorizado e submetidos, posteriormente, a análise estatística. **RESULTADO:** Do total de pacientes, 471 foram submetidos a colecistectomias videolaparoscópicas, sendo 58,8% destes considerados sadios (G1) e 41,2% portadores de comorbidades (G2), destes, 93,8% eram ASA II e 6,3% ASA III. Em relação ao sexo, em ambos os grupos o sexo feminino foi mais comum com 79% do G1 e 80,9% do G2, ambos foram. A faixa etária média do G1 (40,5 anos  $\pm$  15,1), foi menor do que a encontrada no G2 (56,4 anos  $\pm$  15,2). No G1 as cirurgias foram potencialmente contaminadas em 79,5% dos casos, contaminadas em 18% e infectada em 2,5%; Já no G2, 80,4% foram potencialmente contaminadas, 16,5% contaminadas e 3,1% delas foram infectadas. A antibioticoprofilaxia foi

realizada em 91,3% das cirurgias do G1 e 85,6% do G2 e a profilaxia para TVP/TEP em 33,9 % dos pacientes do e 73,2 % respectivamente. O tempo cirúrgico médio foi de 84,6  $\pm$  43,4 min. no G1 e 94,2  $\pm$  54,5min. no G2. Todos realizaram anestesia geral. O internamento médio foi de 44,1  $\pm$  49,9 (mediana= 24) horas no G1 e 47,6  $\pm$  53,9 (mediana= 24) horas no G2. As complicações pós-operatórias foram mais comuns no G2 (33%) do que no G1 (31,7%) **CONCLUSÃO:** Os autores concluem que apesar de a maior parte dos pacientes permanecerem internados até 24 horas; No grupo daqueles com comorbidades, os tempos médios de duração da cirurgia e de permanência, foram maiores do que os do grupo sem comorbidades, além da maior frequência de complicações no pós-operatório.

**Apresentação: Poster**

#### **035 - INTERFERÊNCIA DA PROTEÇÃO PLÁSTICA NA COLONIZAÇÃO DA MESA DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS DURANTE O ATO OPERATÓRIO**

ALINE MESQUITA AMARAL; AUGUSTO DIOGO FILHO; MILEIDE MARIA DE ASSUNÇÃO SOUSA; PATRÍCIA ARAÚJO BARBOSA; PAULO PINTO GONTIJO FILHO

#### **RESUMO**

**Introdução:** As infecções do sítio cirúrgico (ISC) são definidas como aquelas que ocorrem no local de manipulação durante o ato operatório. O ambiente, os utensílios, a equipe cirúrgica, assim como a mesa de instrumentais podem ser fontes de infecção para o sítio cirúrgico. A montagem da mesa cirúrgica, seguindo regras de assepsia e anti-sepsia tem como objetivo minimizar a contaminação do sítio cirúrgico por microorganismos exógenos. No Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) está padronizado há vários anos, sem comprovação científica, o uso dos campos plásticos esterilizados de óxido de etileno sob os campos de tecido nas mesas de instrumentais cirúrgicos para todos os procedimentos cirúrgicos realizados, que somam uma média de 1524 procedimentos mensais. **Objetivo:** Este trabalho se propõe a comparar a eficácia do plástico esterilizado comparado com a desinfecção prévia com álcool iodado a 1% na mesa de instrumentais cirúrgicos. **Metodologia:** Durante procedimentos cirúrgicos limpos são montadas duas mesas de instrumentais, uma utilizada pelo cirurgião e outra utilizada apenas como controle, ambas montadas da mesma forma. A coleta de material é realizada sobre a superfície da mesa abaixo do campo de tecido estéril utilizando 5 placas Rodac (60x10mm) com Agar tripticase-soja (TSA), através de impressão por 10 segundos antes e depois de cada procedimento cirúrgico. A metodologia da coleta é idêntica tanto na mesa controle, quanto cirúrgica. O material coletado é posteriormente submetido à análise microbiológica, para identificação do crescimento de microorganismos, assim como sua resistência a antimicrobianos. **Resultados:** Foram acompanhados 70 procedimentos cirúrgicos limpos no setor de Centro Cirúrgico do HC-UFU, no período de novembro de 2010 a novembro de 2011. Deste total, 35 procedimentos utilizaram como método de desinfecção das mesas o álcool iodado a 1% e 35 procedimentos utilizaram o plástico esterilizado. Nas cirurgias em que o plástico foi utilizado, o crescimento bacteriano foi de 5,71% antes e 28,6% depois da cirurgia. Na superfície desinfetada com álcool iodado a 1% o crescimento foi de 2,9% antes e 45,7% depois da cirurgia. Não houve diferença significativa ( $p > 0,05$ ) entre os dois métodos empregados. Ao compará-los quanto ao tempo de cirurgia e quantidade de pessoas na sala, também não houve diferença estatística. Em relação aos microorganismos colonizadores, houve crescimento de cocos gram positivos, principalmente do gênero *Micrococcus* e *Staphylococcus*, sem diferença estatística significativa entre os métodos quanto aos gêneros e à quantidade de UFC. Não foram identificadas amostras de bacilos Gram ne-

gativos, fungos filamentosos e leveduriformes. Conclusões: Evidenciamos, assim, que os dois métodos de anti-sepsia têm um poder de proteção semelhante. No entanto, defendemos o uso do álcool iodado a 1% devido ao seu menor custo e pelo menor impacto ambiental, por não gerar resíduos sólidos como o plástico.

**Apresentação: Poster**

**036 - SÍNDROME DO CECO MÓVEL: IMPORTÂNCIA DA SUSPEIÇÃO CLÍNICA E DA LAPAROSCOPIA NO DIAGNÓSTICO E MANEJO OPERATÓRIO**

ROBERTO MARCELLUS DE BARROS SENA; CARLOS AUGUSTO GOMES; RODRIGO DE OLIVEIRA PEIXOTO; CLEBER SOARES JUNIOR; RACHEL MOREIRA PRADO SENA; CAMILA COUTO GOMES; RODRIGO PEREIRA PEIXOTO

**RESUMO**

**Introdução:** A síndrome do ceco móvel é má formação congênita decorrente da falta parcial de fixação do colo ascendente e ceco à goteira parietal direita. A alteração anatômica possibilita quadros abdominais dolorosos agudos ou recorrentes, pouco esclarecidos durante investigação clínica. **Objetivo:** Relatar série de três pacientes com diagnóstico de síndrome do ceco móvel submetidos à laparoscopia diagnóstica acompanhada de apendicectomia e cecopexia. **Método:** Foram estudados três pacientes com diagnóstico de síndrome do ceco móvel e submetidos à laparoscopia diagnóstica acompanhada de apendicectomia e cecopexia laparoscópica; entre Janeiro e Maio de 2012, no Serviço de Cirurgia de Abdome do Hospital Monte Sinai de Juiz de Fora. Aspectos relacionados à idade, sexo, apresentação clínica, história pregressa, hábito intestinal, exames de imagem, critérios de diagnóstico e tratamento intra-operatório e evolução pós-operatória são analisados e discutidos com propósito de aumentar a suspeição clínica desta não tão rara afecção. **Conclusão:** O diagnóstico de síndrome do ceco móvel deve fazer parte do diagnóstico diferencial de quadros de dor abdominal aguda ou recorrente, principalmente em pacientes jovens, cuja investigação clínica e por imagem não foi conclusiva.

**Apresentação: Poster**

**037 - RESSECÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA DE CISTO DE ÚRACO**

LORENA LIMA SILVA; JORGE ALBERTO DE RESCALA; ALVARO NONATO DE SOUZA; CARLOS ANDRADE ALMEIDA; GABRIEL CRUZ CARNEIRO; FABIANA OLIVEIRA LEAL; DIEGO PALMEIRA RONGEL

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** O úraco é uma estrutura fetal, remanescente do alantóide, que conecta a cúpula da bexiga ao umbigo e que após o nascimento se oblitera. A sua persistência causa anomalias congênitas raras, que se manifestam de diversas formas, incluindo o cisto de úraco. A excisão do úraco remanescente é essencial na prevenção de futura degeneração maligna. O objetivo desse estudo é relatar um caso de ressecção laparoscópica desta anomalia. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 16 anos, com relato de tumoração e saída de secreção purulenta em região umbilical. TC de abdome evidenciou tumoração cística em região umbilical, sugestiva de persistência do úraco, sem comunicação com a bexiga. Foi proposto videolaparoscopia para ressecção do cisto. Paciente posicionada em decúbito dorsal. Introduzido sonda vesical de Foley. Confeccionado pneumoperitônio com agulha de Veress. Posicionado um trocater de 10 mm no terço superior entre apên-

dice xifóide e cicatriz umbilical, por onde foi introduzida uma ótica de 30°. Posicionado mais 2 trocateres de 5mm nos flancos direito e esquerdo, acima da cicatriz umbilical. Ao inventário da cavidade observada formação cística abaixo da cicatriz umbilical. Realizado enchimento da bexiga através da sonda de Foley, não sendo visualizada comunicação entre o cisto e a bexiga. Desfeitas aderências. Realizada a liberação do cisto do peritônio e de sua fixação na fascia transversalis, após coagulação e transfixação do ligamento medial do umbigo. Uma incisão transumbilical foi realizada para a retirada do cisto. O procedimento cirúrgico durou 120 minutos. **DISCUSSÃO:** O cisto de úraco corresponde a 30% das anomalias uracais. Apesar de pouco frequentes, as doenças causadas pelos remanescentes uracais devem ser lembradas no diagnóstico diferencial de onfalite, dor abdominal aguda e infecções pélvicas. O diagnóstico por tomografia computadorizada e ressonância magnética parece adequado por oferecerem riqueza de detalhes. O tratamento videolaparoscópico é, provavelmente, a melhor escolha para o tratamento das anomalias do úraco, devido à menor dor pós-operatória, rápida recuperação e melhor resultado cosmético.

**Apresentação: Poster**

**038 - TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO DE ILEÍTE EROSIVA POR USO DE AINE: UM RELATO DE CASO**

ROBERTO MARCELLUS DE BARROS SENA; CARLOS AUGUSTO GOMES; RODRIGO DE OLIVEIRA PEIXOTO; CLEBER SOARES JUNIOR; PAULA DE ASSIS PEREIRA ALVES; CAMILA COUTO GOMES; RODRIGO PEREIRA PEIXOTO

**RESUMO**

**Introdução:** A enterorragia por uso prolongado de antiinflamatório não esteróide é causada principalmente por úlceras gástricas e duodenais que complicam com sangramento. O acometimento do íleo terminal e outras porções do intestino é raro e poucas vezes descrito na literatura. **Objetivo:** Relatar o caso de enterorragia causada por úlceras ileais secundárias ao uso prolongado de Cetoprofeno. **Método:** Paciente feminina, 37 anos, testemunha de Jeová, com antecedente de artrodese de coluna cervical e lombar. Evoluiu após 31 dias de uso ininterrupto de Cetoprofeno 300mg intravenoso / dia, com quadro agudo de enterorragia e choque hipovolêmico. Após o consentimento judicial para transfusões sanguíneas e estabilização hemodinâmica, foi indicada endoscopia digestiva alta, que diagnosticou gastrite endoscópica erosiva plana de antro, de moderada intensidade, sem sinais de sangramento ativo. Optou-se então, pela realização de arteriografia de tronco celiaco e mesentérico superior também sem sinais de sangramento ativo. Foi então indicado colonoscopia que mostrou ulcerações no íleo terminal. O sangramento recrudescceu e foi decidido pela laparoscopia para realização de enteroscopia intra-operatória. Confirmou a presença das úlceras que se estendiam por cerca de 40 cm da papila ileal. Procedeu-se então com enterectomia segmentar e enteroanastomose laparoscópica; o estudo anátomo-patológico confirmou infiltrado inflamatório agudo, caracterizando ileíte erosiva. Paciente com 2 meses de pós operatório, apresentando evolução satisfatória. **Conclusão:** Embora raro, o abuso de anti-inflamatórios não esteroides pode manifestar-se através de ulcerações em topografia ileal.

**Apresentação: Poster**

**039 - PANCREATECTOMIA DISTAL LAPAROSCÓPICA ASSOCIADA COM PRESERVAÇÃO ESPLÊNICA EM TUMORES NEUROENDÓCRINOS**

GLEYDSON CESAR DE OLIVEIRA BORGES; THIAGO DE AQUINO CRUZ; IGOR PICANÇO DE VASCONCELOS; RAQUEL REIS RIBEIRO; ANTÔNIO VINICIUS DE ASSIS FEITOSA JUNIOR; VICTOR DE CARVALHO MACIEL GIRÃO; ALFREDO LIMA FILHO

## RESUMO

**Introdução:** As indicações e os limites da cirurgia laparoscópica nas enfermidades pancreáticas estão ainda em avaliação e desenvolvimento. Da mesma forma, ainda não está plenamente definido a factibilidade da preservação esplênica nestas ressecções. **Objetivo:** analisar os resultados da ressecção pancreática laparoscópica nos pacientes com tumores neuroendócrinos pancreáticos aparentemente benignos, avaliando a possibilidade de preservação esplênica nestes casos. **Material e método:** desde Fevereiro de 1998 a Março de 2012 foram realizadas 10 ressecções pancreáticas com objetivo de preservação esplênica. Em 10 pacientes com tumores neuroendócrinos (TNE) divididos em 3 insulinosas esporádicas, 2 insulinosas e NEM-1, 4 TNE não funcionantes e 1 VIPoma de diâmetro médio de 4,4 cm. A abordagem laparoscópica se fez colocando o paciente em decúbito lateral médio direito e pancreatectomia que oscilou entre 40 a 70% de ressecção com e sem preservação dos vasos esplênicos. **Resultados:** A duração média da intervenção foi de 225 minutos. O paciente que apresentava o VIPoma teve sua cirurgia convertida à cirurgia aberta devido à enfermidade maligna avançada. Foram observados complicações pós-operatórias em 2 pacientes (20%) deste grupo, 1 caso de fístula pancreática e 1 caso de infarto esplênico, ambos de conduta clínica. A permanência hospitalar média foi de 6,1 dias. Não foi realizado neste estudo nenhuma enucleação devido à indisponibilidade de ecografia laparoscópica. Foi possível realizar a preservação esplênica em 100% dos casos. **Conclusão:** A pancreatectomia distal laparoscópica com preservação esplênica é uma técnica segura para o tratamento dos tumores neuroendócrinos do pâncreas. As vantagens da cirurgia minimamente invasiva se demonstram nos resultados com mortalidade nula, morbidade aceitável e uma permanência hospitalar inferior a uma semana, com recuperação precoce dos pacientes para a vida habitual. A grande maioria dos pacientes está curada com ausência de sintomas e sem recorrência tumoral até o momento.

## Apresentação: Poster

### 040 - PANCREATECTOMIA DISTAL LAPAROSCÓPICA ASSOCIADA COM PRESERVAÇÃO ESPLÊNICA EM TUMORES PANCREÁTICOS CÍSTICOS

GLEYDSON CESAR DE OLIVEIRA BORGES; THIAGO DE AQUINO CRUZ; YOHANA GURGEL BARBOSA REIS DE OLIVEIRA; HUYLMEYER LUCENA CHAVES; ANTÔNIO VINICIUS DE ASSIS FEITOSA JUNIOR; GALILEU FERREIRA AYALA FARIAS; LIA ALVES MARTINS MOTA

## RESUMO

**Introdução:** A cirurgia laparoscópica comprovadamente traz benefícios para vários procedimentos, entretanto ainda encontra-se em avaliação para as patologias pancreáticas. **Objetivo:** analisar os resultados da ressecção pancreática laparoscópica nos pacientes com tumores pancreáticos císticos aparentemente benignos. **Material e método:** desde Fevereiro de 1998 a Março de 2012 foram realizadas 21 ressecções pancreáticas com objetivo de preservação esplênica. Em 21 paciente (17 mulheres e 4 homens) de idade média de 55 anos com tumores císticos do pâncreas (6 serosos e 15 mucinosos) com um tamanho médio tumoral de 5,5 cm. A abordagem laparoscópica se fez colocando o paciente em decúbito lateral médio direito e pancreatectomia que oscilou entre 40 a 70% de ressecção

com e sem preservação dos vasos esplênicos. **Resultados:** Em um subgrupo de 11 pacientes consecutivos foi tentada a preservação dos vasos esplênicos, porém em 5 pacientes, devido a episódio de hemorragia, foi necessária a ligadura da artéria esplênica ou da artéria e veia esplênica. A duração média da intervenção foi de 222 minutos e a perda sanguínea médias foi de 495 ml. No outro subgrupo de 10 pacientes consecutivos foi realizado desde o início a técnica de Warshaw, com ligadura dos vasos esplênicos e preservação dos vasos gástricos curtos e gastroepiplóicos esquerdos. A duração média da intervenção foi de 165 min. E as perdas hemáticas de 275 ml. **Complicações pós-operatórias globais** dos 21 pacientes após ressecção pancreática por tumores císticos se observaram em 6 pacientes, três pacientes desenvolveram fístulas pancreáticas de baixo débito (<100 ml), dois pacientes um infarto esplênico focal e um paciente com infarto esplênico total que necessitou de esplenectomia. A permanência média hospitalar foi de 5,5 dias. **Conclusão:** A pancreatectomia distal laparoscópica com preservação esplênica é uma técnica segura para o tratamento de lesões pancreáticas císticas. A preservação dos vasos esplênicos associou de uma maneira significativa maior tempo operatório e maiores perdas sanguíneas intra-operatórias que a técnica de Warshaw. As vantagens da cirurgia minimamente invasiva se demonstram nos resultados com mortalidade nula, morbidade aceitável e uma permanência hospitalar inferior a uma semana, com recuperação precoce dos pacientes para a vida habitual. A grande maioria dos pacientes está curada com ausência de sintomas e sem recorrência tumoral até o momento.

## Apresentação: Poster

### 041 - VIDEOCOLECISTECTOMIA CONVENCIONAL E SINGLE TROCCAR ACCESS (SITRACC) – ESTUDO COMPARATIVO

JAMES SKINOVSKY; MAURÍCIO CHIBATTA; ADEMIR ROBERTO PELIZZARI JUNIOR; OCTÁVIO RODRIGUES CURI FRASCARELI; RICARDO DITZEL DELLE DONNE; VITOR BRANDANI GARBELINI; ANDRÉ HENARES CAMPOS SILVA

## RESUMO

Após o estabelecimento da videocolecistectomia como técnica de escolha no tratamento das colecistopatias, avanços em cirurgia minimamente invasiva possibilitaram o desenvolvimento de novas técnicas de acesso da cavidade abdominal, reduzindo o número de incisões. Nesse campo encontra-se a videocolecistectomia realizada por portal único. Materiais e métodos: Dez pacientes submetidos à videocolecistectomia convencional foram comparados com dez pacientes submetidos à videocolecistectomia por portal único (SITRACC® - single troccar access), ambos operados no Hospital da Cruz Vermelha do Paraná no período de 22 de janeiro de 2010 a 17 de julho de 2010. A seleção dos pacientes foi aleatorizada. Os parâmetros analisados foram dor pós-operatória na primeira hora após o procedimento cirúrgico, décima segunda e vigésima quarta horas subsequentes; além de velocidade de hemossedimentação (VHS) e proteína C-reativa (PCR), ambas no momento da indução anestésica, 6 e 12 horas após o procedimento. **Resultados:** os valores encontrados foram inferiores no grupo SITRACC somente na PCR 6 horas após a cirurgia (p=0,043); os demais marcadores avaliados não foram estatisticamente significantes. Portanto, o presente estudo mostrou uma atividade inflamatória menor, de acordo com um dos marcadores de atividade inflamatória estudado, na evolução de 6 horas após o procedimento cirúrgico. Além disso, a vantagem estética também denota que essa é mais uma técnica minimamente invasiva plausível para ser utilizada pelos cirurgiões.

**Apresentação: Poster****042 - PAPEL DA LAPAROSCOPIA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PSEUDOCISTO PANCREÁTICO**

*GLEYDSON CESAR DE OLIVEIRA BORGES; THIAGO DE AQUINO CRUZ; IGOR FREITAS DE LUCENA; IGOR PICAÇÃO DE VASCONCELOS; RAQUEL REIS RIBEIRO; YOHANA GURGEL BARBOSA REIS DE OLIVEIRA; ANTÔNIO VINICIUS DE ASSIS FEITOSA JUNIOR*

**RESUMO**

**Introdução:** os pseudocistos pancreáticos são patologias que requerem tratamento cirúrgico quando não apresentam resolução espontânea. **Objetivo:** analisar a segurança e a eficácia da abordagem laparoscópica para o tratamento dos pseudocistos pancreáticos (PP). **Material e métodos:** entre Fevereiro de 1998 a Abril de 2012, 18 pacientes com PP foram submetidos a tratamento laparoscópico. Cinco pacientes com PP agudo e 13 com PP crônico. O grupo de pacientes com PP agudo estava constituído por 2 mulheres e 3 homens com uma idade média de 54 anos (variação 37-72) com sintomatologia de dor epigástrica e massa palpável, febre depois de 6 semanas de pancreatite aguda severa e o tamanho médio do PP foi de 9.7 cm (variação 8-11). Em 3 pacientes o PP havia sido drenado previamente de forma percutânea. No grupo de pacientes com PP crônico estava constituído por 3 mulheres e 10 homens com uma idade média de 42 anos (variação 38-63) com sintomatologia de dor abdominal. A etiologia foi alcoólica em 9 casos e idiopática em 3. O tamanho médio foi de 8 cm (variação 6-10) e com as seguintes localizações: 3 na cabeça do pâncreas, 7 no corpo do pâncreas e 2 na cauda do pâncreas sem evidência a RM de comunicação entre o PP e o ducto pancreático principal. No grupo de PP agudo foi realizado em todos uma cistogastrotomia anterior laparoscópica e no grupo de PP crônico foi realizado uma cistogastrotomia anterior laparoscópica em 9 pacientes, uma cistogastrotomia intraluminal laparoscópica a 2 pacientes e uma pancreatectomia distal laparoscópica a 2 pacientes. **Resultados:** no grupo de pacientes com PP agudo o tempo operatório médio foi de 60 minutos (variação 45-70), houve uma reoperação devido à presença de necrose infectada (cirurgia aberta), a permanência hospitalar média foi de 12.5 dias (variação 7-32) e houve um seguimento médio de 10 meses (variação 2 meses-3 anos). No grupo de pacientes com PP crônico o tempo operatório médio foi de 110 minutos (variação 60-150), um paciente reinternou 3 semanas mais tarde com estenose de antro que necessitou ser operado com cirurgia aberta, a permanência hospitalar média foi de 4.5 dias (variação 3-5 dias) e houve um seguimento médio de 11 meses (variação 8 meses -3 anos). Em ambos os grupos a mortalidade foi de 0%. **Conclusão:** Nos casos de PP agudos, a drenagem interna laparoscópica no momento oportuno da enfermidade permite uma exploração e desbridamento da cavidade cística, entretanto pode ser necessário a reoperação pela presença de necrose pancreática não resolvida. Com respeito aos PP crônicos a drenagem interna laparoscópica ou a pancreatectomia distal laparoscópica com preservação do baço são procedimentos factíveis e seguros, entretanto pode não ser um tratamento definitivo nos pacientes que continuam com o abuso do álcool e que podem desenvolver lesões tumorais, obstruções ou mudanças morfológicas no ducto pancreático.

**Apresentação: Poster****043 - PORTAL ÚNICO BHIOSUPPLY CENTRYPORT® EM CURSO DE IMERSÃO EM VIDEOCIRURGIA: AVALIAÇÃO DE SEU USO POR CIRURGIÕES EM TREINAMENTO**

*JOSÉ GUSTAVO OLLJNYK; LEANDRO TOTTI CAVAZZOLA; PAULO ROBERTO WALTER FERREIRA; ELIAS COUTO; MIGUEL PRESTES NÁCUL; JONATAN WILLIAM RODRIGUES JUSTO*

**RESUMO**

**Introdução:** Durante módulo experimental de curso de pós graduação em videocirurgia, realizado no Centro Ensino e Treinamento Experimental em Ciências da Saúde (CETREX-Brasília), foi realizado trabalho tutorial do uso de Portal Único em modelo suíno de apendicectomia. Foram selecionados alunos que já realizavam procedimentos videolaparoscópicos, porém sem a experiência prévia do uso de tal dispositivo. **Métodos:** Em 21 e 22 de abril de 2012, uma estação específica do curso experimental foi alocada para a técnica operatória de apendicectomia videolaparoscópica em modelo suíno por Portal Único, estabelecida de acordo com a experiência prévia de dois instrutores envolvidos. Foi utilizado o Portal Único Centryport® (Bhiosupply, Esteio-Brasil). Nove alunos foram selecionados, os quais seguiram fielmente a técnica orientada pelos instrutores. Ao final do procedimento, foi preenchido um questionário que avaliou o desempenho do aluno e sua impressão deste primeiro contato com o uso do dispositivo. **Resultados:** Todos os alunos conseguiram completar os procedimentos com sucesso, não sendo necessária a intervenção ativa por parte dos instrutores, a não ser em relação às orientações básicas de instrumentação. Inicialmente, houve dificuldade relativa com a colisão das pinças com o laparoscópio, porém rapidamente adaptada. Em todos os procedimentos o pneumoperitônio foi mantido e não houve intercorrências. Quando questionados sobre o aumento da dificuldade em relação à apendicectomia laparoscópica convencional, mediante marcação em linha não centimetrada com variação de zero a dez, a média de aumento foi de 34,5%. **Conclusão:** O uso do Portal Único em procedimento experimental de baixa complexidade por cirurgiões em treinamento mostrou ser eficiente e seguro, sem que houvesse aumento de dificuldade que impedisse o término do procedimento com sucesso. Todos os alunos afirmaram que usariam a técnica em sua prática cirúrgica. Contudo, os autores consideram que cursos de treinamento são necessários para aqueles cirurgiões que, apesar de possuírem experiência videolaparoscópica, ainda não tiveram seu primeiro contato com o uso do Portal Único.

**Apresentação: Poster****044 - HERNIOPLASTIA VIDEOLAPAROSCÓPICA POR SINGLE PORT – RELATO DO 1º CASO NO NORTE-NORDESTE**

*GLEYDSON CESAR DE OLIVEIRA BORGES; THIAGO DE AQUINO CRUZ; IGOR FREITAS DE LUCENA; IGOR PICAÇÃO DE VASCONCELOS; RAQUEL REIS RIBEIRO; HUYLMEER LUCENA CHAVES; ALFREDO LIMA FILHO*

**RESUMO**

**Introdução:** Há alguns anos, a videolaparoscopia vem sendo utilizada no tratamento cirúrgico da hérnia inguinal através da técnica multi-port. Atualmente, outra técnica videolaparoscópica menos invasiva, de menor custo e com melhor prognóstico pós-operatório está sendo introduzida com grande sucesso, que é a técnica por single port. **Objetivo:** Esse trabalho tem por objetivo descrever a técnica e o seu desenvolvimento da primeira hernioplastia videolaparoscópica por single port realizada na região Norte-Nordeste do Brasil, de acordo com a ausência de publicações deste procedimento nas bases de dados científicas atuais. **Paciente e Método:** Paciente, masculino, 34 anos, lutador de artes marciais. Em Setembro de 2011 observou, após exercício físico extenuante, dor em fossa ilíaca direita associada a abaulamento da região inguinal direita. Referiu que a massa apresentava redução espontânea ao repouso. Após exame físico apresentava hérnia inguinal Nylus IIIa. Foi submetido a hernioplastia inguinal por videolaparoscopia por single port com o dispositivo SILS® por Hernioplastia Inguinal Laparoscópica Pré-peritoneal Transabdominal - TAPP. O procedimento cirúrgico durou 68 minutos, sem perdas sanguíneas relevantes. E a evolução pós-opera-

tória foi satisfatória sendo o paciente analgesiado somente com dipirona endovenosa no pós-operatório imediato, permanecendo internado por um período de 18 horas. O pós-operatório tardio evoluiu sem nenhuma complicação e após 30 dias, o paciente retornou aos treinamentos físicos. **Discussão:** A hernioplastia laparoscópica como método de mínima invasão dispõe de vantagens para assegurar seu uso, algumas delas, quando comparada ao procedimento cirúrgico por via aberta, se mostraram com melhores resultados. A implantação de uma tela de malha se faz necessário para o reparo de uma hérnia inguinal, entretanto, existem algumas técnicas para a inserção da malha no abdome do paciente. As mais utilizadas em virtude da diminuição da taxa de recidiva e da ausência de inconvenientes, são a abordagem totalmente extraperitoneal (TEP) e a abordagem pré-peritoneal transabdominal (TAPP). A TAPP apresenta algumas vantagens frente à TEP, entre elas podemos citar o custo, sendo a TAPP de menor custo, além de proporcionar um maior espaço de trabalho, permite uma identificação quase que imediata da anatomia da virilha antes da dissecação extensa e rompimento dos planos naturais do tecido. **Conclusão:** A videocirurgia por single port caracteriza-se por um procedimento onde é reduzido o número de trocateres de quatro para apenas um. É um procedimento novo, no entanto, já apresenta vantagens quando comparada à outra, como por exemplo, diminui o potencial de hérnia no local de acesso, melhor visualização da fásia para o fechamento com o fio cirúrgico e infecções são pouco frequentes. Relatamos, portanto, o 1º caso de Hernioplastia Inguinal por Single Port realizada na região Norte-Nordeste do Brasil.

**Apresentação: Poster**

#### 045 - APENDICECTOMIA VIDEOASSISTIDA POR ACESSO ÚNICO TRANSEMBILICAL. ANÁLISE DE 579 CASOS

GERALDO JOSÉ DE SOUZA LIMA; RODRIGO FABIANO GUEDES LEITE; GUSTAVO MUNAYER ABRAS; VERA LUCIA ANDRADE GONÇALVES; EDNO SOUZA OLIVEIRA; GRAZIELA MACHADO BONFIM; LEANDRO AVELAR

#### RESUMO

Apendicectomia videoassistida por acesso único transumbilical. Análise de 579 casos. A apendicectomia videoassistida por acesso único transumbilical (AVATU) visa associar as vantagens da apendicectomia convencional com aquelas da laparoscópica clássica. O objetivo do presente estudo visa mostrar a experiência do serviço com a AVATU no tratamento da apendicite aguda. Foram avaliadas as seguintes variáveis: tempo operatório, complicações pós-operatórias precoces e tardias, dor, permanência hospitalar, retorno às atividades habituais, incidência e causas de conversão para outros procedimentos. O estudo concluiu que a AVATU é efetiva e segura na abordagem da apendicite aguda.

**Apresentação: Poster**

#### 046 - COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA POR SINGLE-SITE. ANÁLISE DE 40 CASOS

GERALDO JOSÉ DE SOUZA LIMA; RODRIGO FABIANO GUEDES LEITE; GUSTAVO MUNAYER ABRAS; VERA LUCIA ANDRADE GONÇALVES; EDNO SOUZA OLIVEIRA; THIAGO ANTUNES FERRARI; RENATA SPADON DA SILVA

#### RESUMO

Colecistectomia laparoscópica por Single-site. Análise de 40 casos. A colecistectomia por acesso único transumbilical vem ganhando espaço no arsenal terapêutico da colelitíase. O presente estudo apresenta os resultados de 40 casos operados no nosso

serviço. Foram avaliados a indicação cirúrgica, IMC, tempo operatório, dor, complicações precoces, permanência hospitalar, retorno às atividades habituais e incidência e causas de conversão para a laparoscópica ou convencional. A experiência inicial com esta técnica mostrou resultados satisfatórios.

**Apresentação: Poster**

#### 047 - EXCISÃO DE CISTO DE COLÉDOCO E ANASTOMOSE EM Y DE ROUX UTILIZANDO TÉCNICA HÍBRIDA: SINGLE-PORT-MINILAPAROSCOPIA

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; ADRIANO DE CARVALHO SALES; RAFAELA LOPES PEREIRA GOUVEIA; DIEGO LAURENTINO LIMA; CAMILA CAIRES ALVINO DE LIMA; LEIDIANNY FIRMINO COSTA; IANELE BRAGA VILELA DE MELO

#### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O cisto de colédoco é uma doença rara com uma incidência entre 1:100.000 a 1:150.000 nascidos vivos. As mulheres são afetadas duas a quatro vezes mais que os homens. A maioria dos casos apresenta-se na infância sendo 60% antes dos dez anos e 25% após os 20 anos. A tríade clássica de dor no quadrante superior direito do abdome, icterícia e massa abdominal palpável está presente em apenas 30% dos pacientes. Apresentamos um caso de cisto do colédoco tipo I da classificação de Alonso Lej e Todani, patologia de rara incidência em nosso meio, ressaltando a terapêutica empregada, bem como o excelente resultado pós-operatório alcançado. **PACIENTE E MÉTODO:** Paciente de quarenta e três anos, sexo feminino, cor parda, apresentava-se assintomática no momento da admissão. Tomografia Computadorizada de Abdômen Superior mostrava cisto em colédoco medindo 6,1x5,3x5,3cm. Relata que descobriu o cisto incidentalmente durante realização de uma USG de abdômen em 2003 e que desde então permanece assintomática. Foi submetida à cirurgia um dia após a internação, foi feita ressecção completa do cisto juntamente com a vesícula biliar e reconstrução do trânsito com anastomose hepático-jejunal em Y-de-Roux. Optou-se pelo acesso videolaparoscópico e foram utilizados três portais de 3mm, um de 5 mm e um afastador de tecidos moles Alexis® (Applied Medical) no umbigo (3,5cm). Recebeu alta no 6º dia de pós-operatório, com excelente estado geral, ativa, aceitando bem a alimentação. **CONCLUSÃO:** A utilização de pinças minilaparoscópicas (3mm) permitiu que a ótica obtivesse imagens mais próximas, o que garantiu uma anastomose efetiva. A combinação apresentada mostrou-se segura, além de proporcionar um excelente resultado estético, reduzida dor pós-operatória e volta precoce ao trabalho.

**Apresentação: Poster**

#### 048 - DENTRE AS NOVAS ABORDAGENS CIRÚRGICAS MINIMAMENTE INVASIVAS - NOTES, LESS E MINI - QUAL TERIA MAIOR ACEITAÇÃO ENTRE OS PACIENTES?

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; RAFAELA LOPES PEREIRA GOUVEIA; ADRIANO DE CARVALHO SALES; DIEGO LAURENTINO LIMA; CAMILA CAIRES ALVINO DE LIMA; LEIDIANNY FIRMINO COSTA; IANELE BRAGA VILELA DE MELO

#### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Os recentes avanços em cirurgia laparoscópica tornaram possível desenvolver novas tecnologias que podem ser estabelecidas em um futuro próximo. No entanto, é difícil encontrar na literatura médica artigos que considerem a preferência dos pacientes em relação aos novos acessos cirúrgicos. **OBJE-**

TIVO: Identificar a preferência dos pacientes entre as novas abordagens. MÉTODOS: O presente estudo foi baseado em um questionário respondido por trezentos e dez estudantes de medicina. Antes das perguntas, havia breve informação sobre as técnicas (cirurgia aberta, Laparoscopia, Minilaparoscopia, LESS e NOTES). Hipoteticamente, o participante seria submetido a uma colecistectomia eletiva. A primeira questão estava relacionada com a opção pelo método aberto. A segunda perguntava se eles considerariam LESS e NOTES apesar destas técnicas não estarem totalmente estabelecidas. Na terceira, o participante classificava por ordem de sua preferência os diferentes métodos. A quarta perguntou qual era o método preferido entre as novas abordagens cirúrgicas (Mini, LESS e NOTES). A quinta foi sobre a escolha de uma rota específica para NOTES. Na sexta eles deviam escolher apenas entre LESS e Minilaparoscopia. A última perguntava qual é o fator mais importante para decidir entre as abordagens. RESULTADOS: Do total, 111 participantes considerariam a cirurgia aberta. Entre as novas abordagens (LESS, NOTES e Minilaparoscopia), a mais popular foi Minilaparoscopia (37%). Se apenas NOTES, LESS e Minilaparoscopia fossem oferecidos, a preferência dos participantes foi a mesma, com 66% para Minilaparoscopia. Quando apenas LESS e Mini foram possibilidades, 67% prefeririam Minilaparoscopia. A preferência geral para uma rota específica para NOTES foi a oral (60%). A maioria dos participantes (86%) escolheu a segurança como o fator mais importante para tomar uma decisão. Duzentos e cinquenta e nove entrevistados não considerariam NOTES e LESS como opções terapêuticas, a menos que estes procedimentos tenham revelado a sua segurança e eficácia. 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 como a técnica mais segura.

#### Apresentação: Poster

##### 049 - PROJETO SALA INTELIGENTE MODULAR

PAULO CERUTTI FRANCISCATTO; MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; ISIDORO HENRIQUE GOLDRACH; ANA CAROLINA BROCHADO GEIST; VALTER HOESLER; MIGUEL CERUTTI FRANCISCATTO

#### RESUMO

**OBJETIVO** Este trabalho tem por objetivo relatar a experiência na elaboração e execução do projeto de implantação da Sala Inteligente Modular (SIM) de baixo custo no Complexo Hospitalar da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Projeto este, custeado pela FINEP (Financiadora de Estudos e Projetos do Ministério de ciência e tecnologia) e condicionado ao uso exclusivo de materiais e tecnologia nacional. **MATERIAIS E MÉTODOS** O desenvolvimento do projeto SIM é parceria do instituto de Informática da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Complexo Hospitalar da Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA) e as empresas Infovic e Salux. Sua metodologia consistia em desenvolvimento da arquitetura e de módulos da sala inteligente, a serem executados em 3 fases, com duração de 6, 10 e 14 meses. Os softwares foram elaborados para integrar o prontuário dos pacientes com o procedimento cirúrgico, além de interligar os hardwares proporcionando videoconferências e interatividade local e remota. Um modelo de gestão do bloco cirúrgico, implantação e validação são metas físicas do projeto. A sala inteligente é equipada com 2 Televisões de alta definição, 3 computadores para imagens e videoconferências, servidor de gravação de vídeos, 3 monitores touch screen para controle de sala e apoio ao médico auxiliar, 2 câmeras de vídeo de alta definição para filmar o paciente externamente e a equipe cirúrgica, focos de luz e 4 caixas acústicas para as videoconferências. **RESULTADOS** Especificamente, temos

como resultado deste projeto, a diminuição do custo de implantação de uma sala inteligente (estimamos que o custo atual de aproximadamente 1 milhão de reais reduza-se para 400-500mil reais), melhoria da assistência à saúde, otimização do tempo do médico cirurgião, melhoria no treinamento destes, fomento da indústria nacional, maior conforto ao paciente. Além disso, temos a oportunidade de qualificação do ensino médico, uma vez que os acadêmicos acompanham cirurgias em tempo real, transmitidas da sala de cirurgia à sala de reunião, com discussão e explicação do preceptor. **CONCLUSÃO** O investimento do projeto da Sala Inteligente Modular possibilita a capacitação profissional e o desenvolvimento tecnológico nacional em nosso país, que é carente em recursos humanos e de atendimento hospitalar especializado. Para o paciente ainda, tem o benefício do apoio do especialista remoto, em tempo real, proporcionando menos falha do profissional em treinamento. Investir em cirurgia minimamente invasiva diminui tempo de internação, aumenta a produtividade do bloco cirúrgico e consequentemente disponibiliza mais recursos para área da saúde.

#### Apresentação: Poster

##### 050 - HERNIORRAFIA INGUINAL MINILAPAROSCÓPICA - ABORDAGEM COMBINADA TAPP-TEP

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; MARCELO P LOUREIRO; CHRISTIANO P CLAUD; ANTONIO M CURY; ADRIANO DE CARVALHO SALES; DIEGO LAURENTINO LIMA; FLÁVIO AUGUSTO MARTINS FERNANDES JÚNIOR

#### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O tratamento cirúrgico endoscópico da hérnia inguinal é atualmente representado por duas técnicas: totalmente extraperitoneal (TEP) e transabdominal (TAPP). Embora tecnicamente vantajosa por causa da opção de não fixação da tela e sem a necessidade de criação de retalho peritoneal, TEP não atingiu a popularidade que merece devido a sua complexidade e curva de aprendizado mais longa. A minilaparoscopia (MINI) é um avanço natural da laparoscopia, que objetiva diminuir o trauma cirúrgico através da redução do diâmetro dos instrumentos laparoscópicos convencionais. Com o advento de novos trocarter de baixo atrito, desenvolvidos para diminuir a força e a fricção entre o trocar e as pinças de mini, conseguiu-se uma maior precisão durante tarefas dinâmicas resultando em menos estresse e maior efetividade. Neste estudo, é proposta uma técnica híbrida, com potencial para se tornar o padrão-ouro em cirurgia minimamente invasiva da hérnia inguinal. **MÉTODO:** Entre janeiro e setembro de 2011, 22 homens e uma mulher foram operados. Três pacientes apresentaram hérnias bilaterais, duas delas descobertas no intra-operatório. Do total, 5 foram recorrentes, e 3 encarceradas. Após a infiltração de anestesia local, é feita uma incisão vertical transumbilical. Um trocar de 10 mm foi inserido no orifício umbilical, por onde passa o laparoscópio de 10mm 30° que é utilizado em todo o procedimento. A técnica combinada começou com TAPP inspeção e visualização direta de uma dissecação com trocar minilaparoscópico do espaço pré-peritoneal. Continuou com a colocação do trocar 10mm no interior do espaço pré-peritoneal dissecado já parcialmente, usando a mesma incisão umbilical. Prossegue-se com a dissecação retroperitoneal e termina-se a cirurgia com revisão intraperitoneal do trabalho pré-peritoneal. **RESULTADOS:** O tempo operatório médio foi de 41 min. Não houve conversões ou complicações intra-operatórias. Houve 2 perfurações peritoneais acidentais e 6 sacos herniários precisaram ser seccionados. Esses defeitos foram suturados por laparoscopia no final do procedimento, após alojamento adequado da tela. Pequenos hematomas irrelevantes foram encontrados em 5 pacientes. Um paciente desenvolveu pequena hidrocele assintomática, que regrediu parcialmente após 1 mês. Todos os pacientes receberam alta hospitalar dentro de 19 horas. Nenhum paciente fez

uso de analgésico por mais de 5 dias, nem relatou persistência da dor após 7 dias. Nenhuma infecção ou recorrência foi observada. Todos os pacientes ficaram muito satisfeitos com o procedimento e voltaram às suas atividades em até 2 semanas. **CONCLUSÃO:** A abordagem minilaparoscópica combinada TEP-TAPP de hérnia inguinal é viável e segura. Isto é conseguido através da combinação de características e vantagens de ambas as técnicas e utilizando-se instrumentos MINI mais finas e mais precisos. A dissecação pré-peritoneal minilaparoscópica permite a criação rápida e fácil do espaço pré-peritoneal para o componente TEP do procedimento.

**Apresentação: Poster**

**051 - INVESTIGAÇÃO QUANTO À REDUÇÃO OU DESAPARECIMENTO DE ESÔFAGO DE BARRETT EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA ANTI-REFLUXO VIDEOLAPAROSCÓPICA EM HOSPITAL PÚBLICO DO RECIFE**

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; ADRIANO DE CARVALHO SALES; RAFAELA LOPES PEREIRA GOUVEIA; EDUARDO FELIPE DE CARVALHO CHAVES; CAMILA CAIRES ALVINO DE LIMA; LEIDIANNY FIRMINO COSTA; IANELE BRAGA VILELA DE MELO

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** O Esôfago de Barret (EB) é uma complicação da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), que pode ser considerada uma condição pré-maligna, predispondo ao desenvolvimento de adenocarcinoma esofágico. Ainda não existe um consenso sobre a efetividade da Cirurgia Anti-refluxo Laparoscópica (CARL) na prevenção da transformação maligna em portadores de Barret. Ademais, o impacto dessa cirurgia nos casos de Esôfago de Barret ainda não é bem entendido e, dessa forma, o objetivo desse estudo é avaliar clínica, endoscópica e histopatologicamente os resultados pós-CARL em pacientes com BE, de modo a intitularmos ou não esta como sendo a melhor medida terapêutica. **MÉTODOS:** De janeiro de 2000 a maio de 2012, 409 pacientes portadores de DRGE foram submetidos à Laparoscopia de Fundoaplicação a Nissen. Dentre esses, 100 (24.61%) apresentavam EB. O seguimento usando biópsia endoscópica foi utilizado em todos os casos. A média do seguimento foi de 60 meses. **RESULTADOS:** O controle dos sintomas ocorreu em 92 pacientes. Três pacientes persistiram sintomáticos e o EB permaneceu inalterado em tais pacientes. A regressão do EB ocorreu em 61 (61%) pacientes. Em contrapartida, 27 (27%) não mostraram sinais de regressão do EB nos exames endoscópicos ou histopatológico. Em um paciente, que permaneceu assintomático após a cirurgia, o grau da displasia aumentou para alto grau de displasia, e outro paciente assintomático desenvolveu adenocarcinoma. Ambos submetidos mucosectomia endoscópica da área comprometida por EB e evoluindo ambos sem recidiva da doença. **CONCLUSÃO:** Laparoscopia a Nissen é segura e efetiva no controle dos sintomas em um número significativo de pacientes portadores de EB. Apesar da regressão ocorrer aleatoriamente em um percentual elevado de pacientes e do controle da DRGE ser alcançado pela maioria dos pacientes, o desenvolvimento da displasia de alto grau e do adenocarcinoma não está totalmente evitável pela cirurgia anti-refluxo. O seguimento endoscópico de rotina com biópsia é altamente recomendado para todos os pacientes com EB após CARL.

**Apresentação: Poster**

**052 - ESTUDO RETROSPECTIVOS DOS CASOS DE NEOPLASIA MALIGNA OPERADOS POR CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA (CMI)**

ROBERTO HELENO LOPES; JULIANA BOLANDINI DE MATOS; FILIPE FRANCISCO HEINS; FREDERICO AUGUSTUS MARTINS RESENDE; ALEXANDRE FERREIRA; JOAO BAPTISTA DE PAULA FRAGA; RODRIGO FARIA GOMES

**RESUMO**

O estudo compreende de fevereiro de 2010 até abril de 2012. Foram realizadas 74 cmi de doença oncológica. As cirurgias realizadas foram: 26 retossigmoidectomias, sendo 15 casos de câncer de reto médio e baixo submetidos a radio e quimioterapia neoadjuvantes, 9 casos de câncer de reto alto e sigmóide, além de, casos de adenoma tubuloviloso de alto grau não ressecados por colonoscopia; 12 casos de colectomia direita; 5 casos de amputação abdominoperineal do reto; 3 casos de esofagectomia (apenas a parte da videotoracoscopia, este procedimento foi associado a uma laparotomia); 3 casos de histerectomia total + salpingooforectomia bilateral + linfadenectomia pélvica e paraórtica (todos casos de câncer de endométrio); 2 histerectomias simples (ambas por carcinoma escamoso in situ do colo uterino com margens positivas pós conização); 2 casos de nefrectomia radical direita transperitoneal; 1 caso de colectomia segmentar do transverso (caso de adenoma tubular de baixo grau de 3 cm não ressecado pela colonoscopia); 1 caso de adrenalectomia + ressecção de linfonodo retrocaval por metástase de adenocarcinoma de sigmóide; e 1 caso de derivação biliodigestiva por câncer de pâncreas irredutível. Nesta revisão, excluímos os casos de laparoscopia diagnóstica para biópsias, casos de lesões de ovário e laparoscopias para estadiamento, como no caso de câncer gástrico. Também não incluímos 3 casos de conversão: 1 histerectomia por aderências múltiplas e firmes; e 1 retossigmoidectomia e 1 derivação biliodigestiva por falta de material. Não consideramos conversão os casos em que a laparoscopia foi utilizada como procedimento de estadiamento imediatamente antes do procedimento principal, como nos casos de câncer gástrico. Nossa taxa de complicação foi de 5,4%. Só consideramos as complicações inerentes à cmi. Uma isquemia de colostomia no pós-operatório de amputação do reto. Este caso foi reoperado por laparotomia com colectomia parcial do segmento (12 cm) isquêmico e observado uma ligadura inadvertida da arca marginal com pinça de ligasure®. Um caso de hérnia interna após uma retossigmoidectomia com ileostomia protetora. Caso também reoperado com laparotomia. E uma fístula quilosa pós-esofagectomia, tratada conservadoramente. Apresentamos ainda 1 caso de recidiva em portal após uma colectomia direita paliativa por câncer de ceco com carcinomatose. Nestes 2 anos de experiência, notamos uma clara evolução da equipe por melhora na habilidade dos cirurgiões em videocirurgia e maior padronização das técnicas. Observamos que nossas margens cirúrgicas e linfonodos ressecados eram semelhantes à cirurgia aberta por nós realizados. Desta forma, concluímos que a cirurgia minimamente invasiva para doença oncológica é factível e segura, além disso, os princípios oncológicos podem ser mantidos nestes procedimentos.

**Apresentação: Poster**

**053 - RETIRADA DE VESÍCULA RESIDUAL REMANESCENTE ATRAVÉS DE LAPAROSCOPIA**

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; ADRIANO DE CARVALHO SALES; RAFAELA LOPES PEREIRA GOUVEIA; DIEGO LAURENTINO LIMA; CAMILA CAIRES ALVINO DE LIMA; LEIDIANNY FIRMINO COSTA; IANELE BRAGA VILELA DE MELO

**RESUMO**

**Introdução:** Dor persistente e recorrente após colecistectomia tem sido um dilema diagnóstico e terapêutico. Ela pode ter etiologias

diferentes desde neurite intercostal, síndrome do intestino irritável até a possibilidade de doença biliar. Dentre as fontes de biliares de dor após colecistectomias está a vesícula remanescente. Relato do caso: Paciente de 29 anos, sexo feminino, apresentava dor de forte intensidade em epigástrico e hipocôndrio direito após colecistectomia aberta realizada há 2,5 anos, associada a episódios eméticos, icterícia e colúria. Referia episódios semelhantes a cada 2-3 meses. Sem febre e acolia feca. Ao Ultrassom, apresentou vesícula biliar remanescente, de paredes espessadas, com diminutos cálculos em seu interior. Ressonância de vias biliares mostrou existência de vesícula biliar com imagens sugestivas de cálculos no seu interior. A paciente foi submetida a uma colecistectomia videolaparoscópica e colangiografia intra-operatória onde descobriu-se a existência de remanescente de vesícula o qual foi retirado. A paciente evoluiu com melhora do quadro geral e alta hospitalar do serviço no dia seguinte sem maiores intercorrências. Discussão: A recorrência de sintomas antecedentes à colecistectomia pode ocorrer em mais de 30% dos pacientes e sendo devido, geralmente, a doenças não biliares. Entretanto uma busca por doenças biliares deve ser realizada quando os sintomas sugerirem fortemente ser de etiologia biliar. Muitos exames podem identificar não uma vesícula remanescente, mas sim a vesícula, e a hipótese dela ser remanescente crescer a partir do momento em que a paciente já fez a colecistectomia. Há múltiplas razões porque a vesícula remanescente ou o cálculo no ducto cístico pode ser ignorado. Por exemplo, se a junção do ducto cístico com a vesícula não é identificada corretamente, há uma grande possibilidade de se deixar uma porção da vesícula. Esse é um problema potencial, tanto na cirurgia aberta como na laparoscópica e, talvez, mais comum na presença da colecistite aguda, onde a anatomia pode ser de difícil definição. Falha na excisão completa da vesícula pode encaminhar problemas mais imediatos de um vazamento biliar em uma vesícula remanescente mal cerrada. Portanto, além da atenção à anatomia, a utilização de exames per-operatórios como a colangiografia, é necessário para reduzir a frequência dessa complicação. Conclusão: Vesículas remanescentes contendo cálculos podem ser a causa de dor pós-colecistectomia. Recolectectomia constitui o tratamento definitivo para qualquer vesícula residual remanescente e pode ser realizada laparoscopicamente.

**Apresentação: Vídeo Livre**

#### **054 - TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO DE PACIENTE PORTADORA DE SÍNDROME DE MIRIZZI**

MARCO CEZARIO DE MELO; OSCAR LUIS BARRETO; ROBERTO LUSTOSA; ROMMEL PIERRE; STEVE MENDES; RAFAEL BARRETO

#### **RESUMO**

Paciente de 56 anos, sexo feminino, há 60 dias, tratada de colangite aguda através de antimicrobianos e papilotomia endoscópica com colocação de prótese, quando diagnosticado Síndrome de Mirizzi (Tipo IV) e indicada a posterior abordagem laparoscópica. Apresentação da gravação da cirurgia realizada em 28 de novembro de 2011, revelando coledocolitotomia por incisão em infundíbulo vesicular, seguida de plastia do hepatocolédoco usando parte da vesícula como sua parede anterior, complementada por uma coledocoduodenostomia e colecistectomia laparoscópica, além de drenagem cavitária. Evoluiu sem intercorrências com retirada do dreno e alta hospitalar no 4º DPO.

**Apresentação: Vídeo Livre**

#### **055 - PANCREATOJEJUNOSTOMIA LAPAROSCÓPICA EM PORTADORA DE PANCREATITE CRÔNICA COM LITÍASE EM WIRSUNG DILATADO**

MARCO CEZARIO DE MELO; OSCAR LUIS BARRETO; ROBERTO LUSTOSA; ROMMEL PIERRE; STEVE MENDES; RAFAEL BARRETO

#### **RESUMO**

Paciente de 32 anos, sexo feminino, referindo crises de dor abdominal alta desde os 3 anos de idade, com diagnóstico de Pancreatite Crônica ainda na infância. Estava assintomática, com o uso de enzimas pancreáticas e cuidados dietéticos, até há 40 dias quando voltou a apresentar crises frequentes de dor abdominal. Ultrassonografia e Ressonância de abdome revelaram pâncreas atrófico, com dilatação de Wirsung e cálculos em seu interior. Apresentada a gravação da Pancreatojejunostomia Laparoscópica em alça exclusiva, realizada em 16 de janeiro de 2012, após clareamento do ducto pancreático. Deixado dreno abdominal que evoluiu com diminuição progressiva da drenagem até sua retirada no 7º DPO quando teve alta hospitalar.

**Apresentação: Vídeo Livre**

#### **056 - CARDIOMIOTOMIA À HELLER E FUNDOPLICATURA PARCIAL ROBÓTICA. RELATO DE CASO**

VLADIMIR SCHRAIBMAN; ANTONIO LUIZ DE VASCONCELLOS MACEDO; MARINA GABRIELLE EPSTEIN; GABRIEL MACCAPANI; SAMUEL OKAZAKI

#### **RESUMO**

Introdução: A acalásia do esôfago é uma doença pouco frequente, com incidência entre 0.03 a 1 por 100000 indivíduos. É a disfunção de motilidade esofágica mais frequentemente diagnosticada. O tratamento considerado padrão ouro é a cardiomiotomia à Heller videolaparoscópica. A perfuração esofágica intra-operatória ocorre em 10 a 15%. Estudos demonstraram que com o auxílio do robô, houve diminuição dos índices de perfurações esofágicas, sendo essa uma das principais vantagens da cirurgia robótica nesta patologia. Relato de caso: JS, masculino, 60 anos, natural de São Paulo procurou atendimento médico com queixa de disfagia progressiva para sólidos e líquidos há 6 meses. Negou vômitos. Ao exame encontrava-se em bom estado geral, emagrecido. Abdome indolor. Foi solicitado esôfago-estômago-duodenografia que evidenciou megaesôfago grau II com ondas terciárias. A manometria esofágica demonstrou alteração motora severa caracterizada pelo relaxamento incompleto do esfíncter inferior e por complexos de deglutição de baixa amplitude. Endoscopia digestiva alta revelou hérnia hiatal. Sorologia para chagas negativa. Frente ao achado, foi indicado tratamento cirúrgico. Foi realizado uma cardiomiotomia robótica e funduplicatura parcial. O paciente evoluiu sem intercorrências recebendo alta no 3º pós-operatório. Discussão: A cirurgia robótica acrescenta algumas vantagens ao método puramente laparoscópicos tais como visão tridimensional, amplitude de movimentos semelhante a mão humana, podendo atingir rotação de até 360 graus. O benefício principal na cardiomiotomia é a imagem tridimensional, a qual facilita a identificação das fibras musculares circulares e diminuiu a chance de aperfuração do esôfago durante a dissecação. Conclusão: A cardiomiotomia à Heller associado a funduplicatura parcial robótica parece ser mais segura em relação a laparoscópica, com menos índices de complicações quando realizada por cirurgiões experientes.

**Apresentação: Vídeo Livre**

#### **057 - TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO DO TUMOR DE KLATSKIN**

MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO; MIKI MOCHIZUKI; FABIO FERRARI MAKDISSI; RODRIGO CANADA SURJAN

**RESUMO**

**Introdução:** A ressecção é o único tratamento com intuito curativo existente para o colangiocarcinoma hilar, ou tumor de Klatskin. Hepatectomia laparoscópica tem sido utilizada para tratar vários tipos de neoplasias do fígado. No entanto, problemas técnicos tem limitado a adoção da laparoscopia para o tratamento do colangiocarcinoma hilar. Até hoje, só existe um relato de cirurgia minimamente invasiva para colangiocarcinoma hilar na literatura. **Objetivo:** Este vídeo mostra uma ressecção laparoscópica de colangiocarcinoma hilar. **Métodos:** Paciente sexo feminino, 43 anos de idade, com quadro de icterícia progressiva por colangiocarcinoma foi encaminhado para tratamento. Com base em nossa experiência anterior com ressecções hepáticas avançadas, incluindo trisegmentectomias, mesohepatectomias, decidimos realizar uma hepatectomia esquerda totalmente laparoscópica com linfadenectomia radical e ressecção da via biliar extra-hepática. A reconstrução biliar foi realizada utilizando o método híbrido. **Resultados:** O tempo operatório foi de 300 minutos, com mínima perda de sangue e sem necessidade de transfusão de sangue. A recuperação foi sem intercorrências e a paciente recebeu alta hospitalar no 7º dia pós-operatório. **Patologia** revelou um colangiocarcinoma bem diferenciado com linfonodos negativos e margens cirúrgicas livres. O paciente está bem e sem sinais da doença 10 meses após o procedimento. **Conclusão:** A hepatectomia laparoscópica esquerda ampliada para o segmento 1 com linfadenectomia extensa é técnica segura e factível. No entanto, só deve ser realizada em pacientes selecionados e por cirurgiões com experiência tanto em cirurgia hepática com laparoscopia avançada. A utilização do método híbrido pode ser necessário para a reconstrução biliar, especialmente em casos com via biliar de calibre reduzido. Estudos adicionais ainda são necessários para confirmar a vantagem dessa abordagem sobre a cirurgia convencional para o colangiocarcinoma hilar.

**Apresentação: Vídeo Livre****058 - COLECISTECTOMIA MINIMAMENTE INVASIVA TÉCNICA COMBINADA**

ANGELO BUSTANI LOSS; CARLOS AUGUSTO MARTINEZ MARINS; LUCAS VINHAS; PAULO SILVEIRA

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** A cirurgia videolaparoscópica representou um gigantesco avanço no manejo do paciente cirúrgico, uma vez que diminuiu sensivelmente a dimensão do trauma a qual esta paciente era submetida, além dos óbvios aspectos estéticos que o método propunha. E com o desenvolvimento tecnológico, hoje podemos afirmar que praticamente toda cirurgia abdominal pode ser realizada através da videolaparoscopia. Mas o conhecimento da resposta orgânica e metabólica ao trauma, e sua modulação em função da extensão e do tipo de trauma, fez surgir o conceito de cirurgia minimamente invasiva, numa busca para minimizar ainda mais o trauma infringido ao paciente, garantido assim uma recuperação mais rápida e um retorno mais precoce à normalidade cotidiana. Após o surgimento deste conceito, diversos vêm sendo os esforços para adequar os procedimentos de outrora à realidade de agora. **OBJETIVOS:** Demonstrar uma técnica combinada para a realização da colecistectomia, utilizando os conceitos da minilaparoscopia junto à passagem de múltiplos trocartes pelo umbigo (Laparo Endoscopic Single Site surgery - LESS), simplificando assim alguns tempos cirúrgicos de ambos os métodos, preservando a segurança e os preceitos da técnica. **PACIENTES E MÉTODOS:** Utilizando um trocar de 10mm no umbigo, junto com um trocar de 6,5mm passado em paralelo, associado aos 3 trocartes da minilaparoscopia (epigastro, hipocôndrio di-

reito e flanco direito), realizamos a colecistectomia, com a vantagem da possibilidade de utilizarmos um aplicador de cliques de 5mm ou fios de sutura, além do conforto de dispôr de 3 trocartes triangulados. **RESULTADOS:** Um ponto comum entre os cirurgiões que utilizam o LESS como técnica para a realização da colecistectomia é a falta de triangulação e a dificuldade de utilizar instrumentos em paralelo, o que é suplantado com a utilização dos 3 trocartes da minilaparoscopia. Por outro lado, o uso de trocartes de 3mm da minilaparoscopia impossibilita a utilização de cliques ou suturas. Associando um trocar de 6,5mm através do umbigo com os trocartes de minilaparoscopia, podemos utilizar clipadores de 5mm e suturas. **CONCLUSÃO:** Associando características de LESS com minilaparoscopia, conseguimos operar com conforto e flexibilidade para a utilização dos instrumentos, conservando as características da cirurgia minimamente invasiva.

**Apresentação: Vídeo Livre****059 - PANCREATECTOMIA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA POR CÂNCER DE PÂNCREAS COM INVASÃO ESPLENO-MESENTÉRICO-PORTAL**

MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO; RODRIGO C. SURJAN; FABIO FERRARI MAKDISSI

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** A pancreatectomia laparoscópica para câncer de pâncreas ainda é controversa devido a dificuldades técnicas e falta de consenso sobre a adequação dessa abordagem para tumores malignos. **OBJETIVO:** apresentar um vídeo de uma pancreatectomia subtotal para câncer de pâncreas com invasão da confluência espleno-mesentérica-portal. **MÉTODOS:** Paciente masculino, 77 anos de idade, com adenocarcinoma do corpo do pâncreas foi encaminhado para tratamento cirúrgico. A ressonância magnética revelou tumor pancreático de 4 cm no colo do pâncreas com invasão da confluência espleno-mesentérica-portal. Operação inicia-se com a abertura do grande omento e exposição completa do pâncreas. O ligamento gastroepilóico e veias gástricas curtas são seccionadas com bisturi harmônico. Os pólos superior e inferior do baço são mobilizados. Neste momento, o tumor pode ser visto e a confluência espleno-mesentérica-portal está claramente envolvida. Coloca-se um gelport no flanco direito para facilitar a dissecação da confluência venosa e conferir segurança no caso de hemorragia. Após a criação do túnel da porta, o pâncreas é dividido com grampeador vascular. O próximo passo é a mobilização do baço e do pâncreas distal. Por fim, a veia esplênica juntamente com uma porção lateral da veia portal é seccionada com grampeador com carga vascular. A artéria esplênica é então ligada, a peça é removida em bloco por meio do gelport e a intervenção concluída. **RESULTADOS:** O tempo operatório foi de 3 horas sem transfusão. O paciente recebeu alta no dia 4º dia de pós-operatório. Os drenos foram retirados no dia 10 pós-operatório e o paciente não apresentou fístula pancreática. Exame histológico revelou margens cirúrgicas livres. **CONCLUSÕES:** A ressecção pancreática por videolaparoscopia é segura e factível em pacientes selecionados com tumores malignos. Quando o está próximo à confluência espleno-mesentérica-portal o uso da mão auxiliar (gelport) é recomendável.

**Apresentação: Vídeo Livre****060 - HEPATECTOMIA CENTRAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA**

MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO; RODRIGO C. SURJAN; FABIO FERRARI MAKDISSI

**RESUMO**

**Introdução:** Os tumores hepáticos localizados nos segmentos centrais do fígado podem ser removidos por trisegmentectomia trisectinectomies direita ou esquerda. Estes procedimentos são frequentemente associados com complicações graves, incluindo insuficiência hepática. Uma opção para minimizar este risco é remover apenas os segmentos hepáticas centrais (segmentos 4, 5, e 8). Esta técnica, chamada ressecção hepática central ou mesohepatectomia é um dos tipos mais complexos de ressecção hepática. Esta técnica é ainda mais difícil de executar por laparoscopia. O desenvolvimento da técnica Glissoniana laparoscópica permite a demarcação isquêmica completa dos segmentos centrais do fígado, facilitando assim a realização da mesohepatectomia anatômica. **Objetivo:** Apresentar um vídeo de um hepatectomia central laparoscópica utilizando a técnica de acesso intra-hepático dos pedículos Glissonianos. **Métodos:** Paciente de 85 anos de idade, masculino portador de colangiocarcinoma intra-hepático foi encaminhado para tratamento cirúrgico. O primeiro passo foi o controle do pedículo do segmento 4. Usando o ligamento redondo como guia, uma incisão é realizada na sua margem direita e uma outra é feita na parte inferior do segmento 4. Um grameador vascular é introduzido através essas incisões para ocluir o pedículo do segmento 4. O próximo passo é controlar o pedículo anterior direito (segmentos 5 e 8). Primeira incisão é feita na frente do hilo e outro é realizada na extremidade direita do leito da vesícula biliar. Pinça laparoscópica é introduzida através destas incisões e substituído por grameador. A linha de transecção do fígado é marcada ao longo da superfície do fígado seguindo área isquêmica. Fígado é seccionado com bisturi harmônico e grameador, conforme apropriado. Espécime foi extraído através de uma incisão suprapúbica. **Resultados:** O tempo operatório foi de 4 horas sem necessidade de transfusão. A recuperação foi sem intercorrências e o paciente teve alta no dia 9º dia pós-operatório. O exame anatomopatológico revelou colangiocarcinoma intra-hepático com margens cirúrgicas livres. **Conclusão:** Hepatectomia central pode ser feito por laparoscopia em pacientes selecionados e por cirurgiões com experiência tanto em cirurgia hepática e em técnicas laparoscópicas avançadas. O uso de abordagem Glissoniana pode ajudar a identificar os limites exatos da mesohepatectomia.

**Apresentação: Vídeo Livre****061 - OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR HÉRNIA INTERNA DE LIGAMENTO LARGO**

FLAVIO MALCHER DE OLIVEIRA; GUSTAVO SAMPAIO; CLAUDIA JOAQUIM

**RESUMO**

Paciente feminina, 43 anos, com história de vômitos e parada de eliminação de flatos por 48 hs. HPP somente com 2 cesareanas prévias. TC demonstrou distensão de intestino Delgado e ponto de obstrução de íleo terminal com colons vazios de conteúdo. Iniciado tratamento conservador com reposição hidro-eletrolítica e analgesia. Após 36 hs de tratamento clínico, houve melhora dos sintomas, mas não houve resolução da suboclusão. Feita abordagem VL com identificação de ponto de obstrução de íleo terminal, herniado por falha de ligamento largo esquerdo. Feita então a redução do segmento herniado e fechamento com sutura. Paciente evolui satisfatoriamente com alta hospitalar no terceiro DPO.

**Apresentação: Vídeo Livre****062 - COLEDOCOLÍTIASE: 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 litiásica. 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****063 - ALTERNATIVA BARATA À COLOCAÇÃO DE TELA NAS HÉRNIAS HIATAIS GIGANTES – USO DE PERICÁRDIO BOVINO**

BEATRIZ CAMARGO AZEVEDO; SERGIO SZACHNOWICZ; ANDRÉ DUARTE; RUBENS ANTONIO AISSAR SALLUM; IVAN CECCONELLO

**RESUMO**

As hérnias hiatais gigantes são afecções de difícil tratamento devido ao alto índice de recidiva. Em alguns casos se faz necessário uso de próteses além da hiatoplastia na tentativa de diminuir o risco de recidiva. **Objetivo:** Este vídeo tem o objetivo de mostrar uma alternativa barata e amplamente disponível em nosso meio, a prótese de pericárdio bovino, mostrando sua forma de manejo e técnica de fixação utilizada em nosso serviço. **Métodos:** Vídeo livre que mostra dissecação de hérnia hiatal gigante e reparo do hiato com prótese de pericárdio bovino, destacando particularidades de manuseio, tática operatória e aspecto final. **Conclusões:** O reparo do hiato em hérnias gigantes continua sendo um desafio apesar de novas tecnologias instituídas. Diversos materiais sintéticos e biológicos vem sendo estudados para essa finalidade. A prótese de pericárdio bovino continua sendo, em nosso serviço, alternativa com baixo custo, boa disponibilidade, fácil manejo e bons resultados.

**Apresentação: Vídeo Livre****064 - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE HÉRNIA INGUINAL VIA TRANSABDOMINAL PRÉ-PERITONIAL**

SONIA OLIVEIRA LIMA; ALOISIO FERREIRA PINTO NETO; JOSÉ MACHADO NETO; GUSTAVO NABUCO FARO DANTAS BAPTISTA; ALLINE OLIVEIRA DA SILVA PORTO; VANESSA ROCHA DE SANTANA; FRANCISCO PRADO REIS

**RESUMO**

Objetiva-se com este vídeo apresentar a os passos técnicos do tratamento endoscópico de hérnias inguinais por TAPP. Realiza-se um inventário da cavidade, a hérnia inguinal é identificada, secciona-se o peritônio adjacente à região mediante tesoura com eletrocautério, por ser uma alternativa eficiente, segura e custo-efetiva. Reduz-se o conteúdo herniário e prepara-se o espaço para a colocação da tela, a qual é fixada por grampos de titânio. O peritônio é sempre fechado por sutura com fio inabsorvível e não com a utilização de grampos ou cliques, com o intuito de diminuir a possibilidade de aderências e formação de fistulas intestinais. O procedimento semelhante é realizado no lado oposto na existência de hérnia inguinal bilateral e a segunda tela é fixada contiguamente à anterior.

**Apresentação: Vídeo Livre****065 - ENDOMETRIOSE PROFUNDA INFILTRATIVA: RELATO DE CASO COM ACOMETIMENTO VESICAL E INTESTINAL**

FERNANDA DINELLI SCALA; GEOVANA BRANDÃO SIMÕES LEITE; PEDRO ROMANELLI DE CASTRO; THAISA BARBOSA; LUCIANA PYRAMO; LUCIANO FREITAS

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** Endometriose é definida como tecido com aspectos histológicos e funcionais semelhantes ao endométrio, fora da cavidade uterina. A endometriose profunda infiltrativa é aquela localizada nos tecidos fibromusculares, penetrando 5 mm ou mais abaixo da superfície peritoneal. Trata-se da segunda afecção cirúrgica ginecológica mais comum e pode acometer vários sistemas, sendo a endometriose intestinal observada em 5 a 27% das mulheres (70 – 93% no retossigmoide) e no trato urinário em 1 a 2%. **OBJETIVO:** Apresentar um caso de relevância crescente nos dias de hoje, relacionado às mudanças dos hábitos femininos e aumento da idade da primeira gestação, que aumentam a exposição estrogênica nas mulheres. **PACIENTE E MÉTODOS:** Paciente de 34 anos, com diagnóstico de endometriose em 2000 e em uso de Diprovera® até o início de 2011, quando suspendeu medicamento e reiniciou sintomas de dor hipogástrica, algúria (pior na menstruação) e constipação intestinal crônica. Foi submetida a tratamento cirúrgico por equipe multidisciplinar, com realização de: cauterização de endometriomas ovarianos, cistectomia parcial, lise de aderências e desbloqueamento da pelve facilitando a localização da lesão endometriótica a ser ressecada. A excisão do segmento retal acometido foi realizada com endogrampeador e anastomose término-terminal com gramepeador circular. **RESULTADOS:** Não foram observadas complicações per-operatórias. Paciente recebeu alta hospitalar no 2º DPO, após retirada de dreno pélvico que se manteve sem débito. A SVD foi retirada após 07 dias, ambulatorialmente. Manteve uso de Cerazette® e em consultas de retorno referiu apenas dor abdominal difusa leve e alguma dificuldade na evacuação, controlada com uso de fibras alimentares. **CONCLUSÃO:** A endometriose é uma das principais causas de dor pélvica em mulheres na idade reprodutiva e a profundidade da lesão se correlaciona diretamente com os sintomas dolorosos. O tratamento medicamentoso leva a estabilização ou regressão das lesões, que, geralmente, recorrem após parar a medicação. Assim, o tratamento cirúrgico é oferecido para manejo mais definitivo da doença, removendo todas as lesões visíveis e aderências, restaurando a anatomia pélvica normal, o que promove baixas taxas de recorrência da dor e melhoria da qualidade de vida.

**Apresentação: Vídeo Livre****066 - TÉCNICA E TÁTICA DA CORREÇÃO CIRÚRGICA ENDOSCÓPICA DE HÉRNIA HIATAL GIGANTE**

SÔNIA OLIVEIRA LIMA; JOSÉ MACHADO NETO; ALOISIO FERREIRA PINTO NETO; VANESSA ROCHA SANTANA; GUSTAVO NABUCO FARO DANTAS BAPTISTA; MARCOS ANTÔNIO PRADO NUNES; RICARDO LUIZ CAVALCANTI ALBUQUERQUE JUNIOR

**RESUMO**

Objetiva-se com este vídeo abordar aspectos técnicos da cirurgia endoscópica e táticas utilizadas na correção de hérnia hiatal paraesofágica gigante tipo II, com hiatorrafia associada à colocação de tela e funduplicatura a Nissen longo. Serão apresentados os cuidados técnicos no isolamento e dissecação gástrica e periesofágica das estruturas mediastinais, detalhando as manobras táticas para não lesar estômago, esôfago e pleura. Redução do estômago e esôfago para a cavidade abdominal com aproximação e rafia dos pilares do hiato esofágico. Colocação e fixação por meio de grampos da tela politetrafluoretileno (PTFE). Realização da válvula anti-refluxo de 360º sem secção dos vasos curtos. Não houve intercorrências per-operatória e a cirurgia endoscópica mostrou-se factível e segura no tratamento da hérnia hiatal gigante.

**Apresentação: Vídeo Livre****067 - ESOFAGECTOMIA LAPAROSCÓPICA POR VIDEOTORACOSCOPIA EM DECUBITO VENTRAL**

HELLEN SONALY BARRETO GONCALVES; FERNANDA LANDE ROSA; FERNANDO A. V. MADUREIRA; FABIO A. V. MADUREIRA; DELTA MADUREIRA FILHO

**RESUMO**

**Introdução:** A esofagectomia por acesso minimamente invasivo, é um procedimento avançado, que pode ser realizado com segurança por grupos experientes em cirurgia laparoscópica. O presente vídeo tem como objetivo demonstrar a técnica operatória combinada da esofagectomia por toracoscopia com paciente em decúbito ventral. **Método:** Vídeo editado, com qualidade de DVD, mostra a posição da paciente, a abordagem torácica por toracoscopia e os tempos abdominais e cervicais. Foi operada paciente de 38 anos, sexo feminino, portadora de acalasia idiopática, submetida em 2001 a esofagiotomia de Heller com funduplicatura anterior de DOR. Em 2011 apresentou carcinoma epidermóide em terço médio de esôfago. Foi submetida a esofagectomia laparoscópica com abordagem do esôfago proximal por toracoscopia em decúbito ventral, mobilização de conduto gástrico por laparotomia supra-umbilical e cervicotomia com anastomose esofago-gástrica. A paciente evoluiu bem no pós-operatório, permanecendo 24h no CTI, recebeu alta hospitalar no décimo dia de internação, sem morbidade importante. **Conclusão:** A esofagectomia por videotoracoscopia se mostra um procedimento promissor como alternativa técnica ao tratamento cirúrgico do câncer esofágico, permitindo a linfadenectomia mediastinal, menores índices de complicações respiratórias e um reestabelecimento pós-operatório mais precoce que a técnica convencional.

**Apresentação: Vídeo Livre****068 - HERNIORRAFIA INCISIONAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA - FISIOLÓGICA DA PAREDE ABDOMINAL E METODIZAÇÃO DA TÉCNICA**

ANGELO BUSTANI LOSS; CARLSO AUGUSTO MARTINEZ MARINS; LUCAS VINHAS; EDUARDO KANAAN

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** Sendo ciência recente, a correção laparoscópica das hérnias incisionais ainda é sede de muitas discussões, principalmente no que tange ao manejo do defeito aponeurótico, suscitando a questão de quando e como realizar a reconstrução da linha média, caso esta seja realizada. **OBJETIVO:** o objetivo deste trabalho é, através da exemplificação de uma correção laparoscópica de hernia incisional pós colectomia esquerda para doença diverticular, abordar estas questões que tocam a fisiologia da parede abdominal, assim como estabelecer uma forma de metodização quando ao tratamento do defeito herniário e ao posicionamento e fixação da tela, assim como quanto ao manejo da dor pós-operatória. **PACIENTES E METODOS:** Paciente masculino, 54 anos, com diagnóstico de hérnia incisional da linha média, 5 anos após a realização de retossigmoidectomia aberta por doença diverticular de sigmóide. Foi submetido a correção laparoscópica do defeito herniário, com reconstituição da linha média e fixação da tela. **RESULTADOS:** Parece estabelecido na literatura recente a importância da reconstituição da linha média nas correções das hérnias incisionais, ainda que esta não possa ser realizada apenas por laparoscopia, tornando necessário procedimentos com a separação posterior dos componentes da musculatura abdominal. **CONCLUSÃO:** A correção laparoscópica das hérnias incisionais vem ganhando volume nos últimos anos, em vista da disponibilidade cada vez maior de tipos de telas que permitam contato com as alças intestinais, entretanto, a limitação do método corre em paralelo com a importância da reconstituição da linha média, principalmente quando falamos de hérnias volumosas, quando outras abordagens complementares, como a separação posterior dos componentes se fazem necessárias.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**069 - ALTERNATIVAS TÉCNICAS HETERODOXAS NA HERNIOPLASTIA INGUINAL VÍDEO-ENDOSCÓPICA**

MIGUEL PRESTES NÁCUL; LEANDRO TOTTI CAVAZZOLA; JOSÉ GUSTAVO OLJNYK

**RESUMO**

O autor apresenta alternativas técnicas para hernioplastia inguinal vídeo-endoscópica por técnica extra-peritoneal (TEP) visando redução de custos, simplificação técnica, mantendo os bons resultados. A idéia central é o desenvolvimento de um sistema para a dissecação do espaço pré-peritoneal com o objetivo de facilitar a técnica da hernioplastia inguinal por técnica totalmente extra-peritoneal (T.E.P.) vídeo-endoscópica. É apresentada a utilização de diferentes tipos de sistemas para confecção do espaço pré-peritoneal e a não fixação da tela. O uso de balão de látex confeccionado com dedo de luva cirúrgica para a confecção do espaço pré-peritoneal na hernioplastia inguinal TEP é usado como alternativa ao eficiente, porém caro, trocarter-balão, com resultado aceitável na dissecação do espaço pré-peritoneal. A não fixação da tela nesta técnica busca diminuir custos, sem prejuízo ao resultado do procedimento. O autor oferece alternativas técnicas no sentido de suprir eventuais dificuldades de material ou buscando a diminuição de custos, com bons resultados e simplicidade de reprodução técnica. Esta ideia de grande relevância social determinou o desenvolvimento do projeto intitulado "Desenvolvimento de instrumentos para hernioplastia inguinal vídeo-endoscópica por técnica totalmente pré-peritoneal (T.E.P.), tema de dissertação de mestrado em Clínica Cirúrgica pela UFRGS. O autor apresenta um sistema para a confecção do espaço pré-peritoneal que simula o balão dissector (CovidienR - Mansfield, MA, EUA), muito eficiente, porém caro e de uso único. Este sistema desenvolvido é composto por um trocarter permanente de 10 mm com uma cânula e uma faca romba, uma pêra para insuflação de ar e um balão de

silicone transparente (este de uso único) acoplado a porção distal da cânula do trocarter. Com seu teste e melhorias realizadas após este estudo proposto em modelo animal, o autor propõe o presente projeto com o intuito de que esta nova técnica possa ser futuramente ofertada no tratamento da hérnia inguinal em seres humanos, mediante análise de seus resultados

**Apresentação: Vídeo Livre**

**070 - SITUAÇÕES E COMPLICAÇÕES EM HERNIOPLASTIAS INGUINAIS VÍDEO-ENDOSCÓPICA TÉCNICA TRANS-PERITONEAL - TAPP**

MIGUEL PRESTES NÁCUL

**RESUMO**

O autor apresenta técnicas alternativas para hernioplastia inguinal técnica vídeo-endoscópica trans-peritoneal para reduzir custos, simplificação técnica, mantendo bons resultados. O vídeo mostra alternativas táticas de baixo custo como o uso de suturas transfasciais para fixação da tela em procedimentos TAPP, além da opção de não fixar a tela. O autor também mostra situações e complicações em hernioplastias vídeo-endoscópicas por técnica transperitoneal (TAPP). O vídeo apresenta situações de sangramento de portal e lesões em órgãos como vasos epigástricos inferiores, vasos espermáticos, veia íliaca externa, cólon e bexiga. O autor discute a melhor abordagem e opções para enfrentar e tratar as complicações.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**071 - SITUAÇÕES E COMPLICAÇÕES EM HERNIOPLASTIAS INGUINAIS VÍDEO-ENDOSCÓPICA TÉCNICA EXTRA-PERITONEAL - TEP**

MIGUEL PRESTES NÁCUL

**RESUMO**

O autor apresenta técnicas alternativas para hernioplastia inguinal técnica vídeo-endoscópica extra-peritoneal (TEP) para reduzir custos, simplificação técnica, mantendo bons resultados. O vídeo mostra alternativas táticas de baixo custo O vídeo mostra o uso de diferentes sistemas para a preparação do espaço pré-peritoneal, incluindo um balão de baixo custo e a opção de não fixar a tela em procedimentos TEP. O autor também mostra situações e complicações em hernioplastias inguinais vídeo-endoscópicas. O vídeo apresenta significativas lesões peritonais em procedimentos TEP, sangramento portal e lesões em órgãos como vasos epigástricos inferiores e vasos espermáticos. O autor discute a melhor abordagem e opções para enfrentar e tratar as complicações.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**072 - APENDICECTOMIA VIDEOASSISTIDA POR ACESSO ÚNICO TRANSUMBILICAL**

RENATA SPADON DA SILVA; GERALDO JOSÉ DE SOUZA LIMA; GUSTAVO MUNAYER ABRAS; RODRIGO FABIANO GUEDES LEITE; EDNO SOUZA OLIVEIRA; GRAZIELA MACHADO BONFIM; LIVIO JOSÉ SURETTI PIRES

**RESUMO**

Apendicectomia videoassistida por acesso único transumbilical O presente vídeo mostra os passos da técnica da apendicectomia

videoassistida por acesso único transumbilical no tratamento da apendicite aguda em adolescentes e adultos. Nesta técnica utiliza-se óptica com canal operatório (Óptica de Palmer). São apresentados os resultados de 579 casos operados por meio desta técnica.

**Apresentação: Vídeo Livre**

#### 073 - SINDROME DO LIGAMENTO ARQUEADO

CHRISTIANO CLAUS; JULIO CESAR COELHO; ANTONIO CURY; LEONARDO ANDRIGUETTO; SILVANO SADOWSKI; JOÃO AUGUSTO PAULIN; GIOVANNI BOSIO MAGGI

#### RESUMO

LSS, 66a. Paciente com quadro de dor adominal epigástrica de início há aproximadamente um ano, com piora importante após as refeições e sensação de plenitude. Ao exame: Magra, longilínea. Abdomen plano, RHA+, sopro sistólico em região epigástrica, flácido, indolor, sem sinais de irritação peritoneal. Eco abdomen + Doppler de tronco celíaco evidenciou estenose de mais de 60% em origem do tronco celíaco. Diagnosticada como portadora da Síndrome do Ligamento arqueado e encaminhada à laparoscopia (realizada secção do ligamento arqueado para liberação do tronco celíaco em 27/10/10). Procedimento sem intercorrências. #1º PO: Aceitou bem dieta líquida, sem novos episódios de dor abdominal. Recebe alta hospitalar. Em acompanhamento pós operatório a paciente não apresentou mais quadro de dor abdominal, aceitando bem dieta via oral e com ganho ponderal adequado.

**Apresentação: Vídeo Livre**

#### 074 - COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA POR SINGLE-SITE POR MEIO DA ÓPTICA COM CANAL OPERATÓRIO

GERALDO JOSÉ DE SOUZA LIMA; GUSTAVO MUNAYER ABRAS; RODRIGO FABIANO GUEDES LEITE; LIVIO JOSÉ SURETTI PIRES; RENATA SPADON DA SILVA; EDNO SOUZA OLIVEIRA; LEANDRO AVELAR

#### RESUMO

Colecistectomia laparoscópica por Single-Site por meio da óptica com canal operatório O presente vídeo mostra os passos técnicos da colecistectomia laparoscópica por Single-site utilizando a óptica com canal operatório. Apresenta-se variantes técnicas com a plataforma clássica e trocartes convencionais. São apresentados os resultados dos 40 casos iniciais operados por meio desta técnica.

**Apresentação: Vídeo Livre**

#### 075 - APENDICECTOMIA LAPAROSCÓPICA POR SINGLE-SITE

GERALDO JOSÉ DE SOUZA LIMA; GUSTAVO MUNAYER ABRAS; RODRIGO FABIANO GUEDES LEITE; GRAZIELA MACHADO BONFIM; VERA LUCIA ANDRADE GONÇALVES; THIAGO ANTUNES FERRARI; RENATA SPADON DA SILVA

#### RESUMO

Apendicectomia laparoscópica por Single-Site O presente vídeo mostra os passos técnicos da apendicectomia laparoscópica por Single-site utilizando a óptica com canal operatório. Apresenta-se variantes técnicas com a plataforma clássica e trocartes convencionais.

**Apresentação: Vídeo Livre**

#### 076 - PANCREATECTOMIA CENTRAL LAPAROSCÓPICA POR UM NEOPLASIA SÓLIDA PSEUDOPAPILÍFERA (TUMOR DE FRANTZ) DO CORPO DO PÂNCREAS

RICARDO JUREIDINI; GUILHERME NACCACHE NAMUR; TELESFORO BACCHELLA; BEATRIZ CAMARGO AZEVEDO; THIAGO RIBEIRO; ULYSSES RIBEIRO JR.; IVAN CECCONELLO

#### RESUMO

A pancreatectomia central tornou-se nos últimos anos uma alternativa para o tratamento de lesões benignas ou com baixo potencial de malignidade no corpo do Pâncreas. Com o desenvolvimento das técnicas de cirurgia minimamente invasiva há alguns relatos de pancreatectomia central laparoscópica. Descrevemos uma pancreatectomia central laparoscópica ecom pancreatojejuno anastomose em Y de Roux realizada no ICESSP da FMUSP. Paciente 41 anos, sexo feminino, com história de dor abdominal, com nódulo sólido em corpo de pâncreas visualizado na TC de abdômen. Punção guiada por ecoendoscopia mostrou-se tratar de neoplasia sólida pseudopapilífera com 1,5 cm. Realizada pancreatectomia central laparoscópica com pancreatojejuno anastomose em Y de roux. O procedimento durou 330 min com perda sangüinea estimada em 50 ml. Paciente recebeu alta no 8º pós operatório, com boa evolução. Resultado final da anatomia patológica confirmou a neoplasia sólida pseudopapilífera com margens livres. A pancreatectomia central laparoscópica é um procedimento seguro e factível para tumores benignos ou com baixo potencial de malignidade localizados no corpo do Pâncreas.

**Apresentação: Vídeo Livre**

#### 077 - COLECISTITE AGUDA REALIZADA POR SINGLE PORT

MOHAMED CHOUKY KAMAR; FERNANDO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA; BENY LONDON; RODRIGO CESAR PINTO; GUILHERMA SARAIVA HADDAD; JOSÉ CARLOS PERRI VIDAL ALVAREZ; ANTONIO CARLOS GARRIDO IGLESIAS

#### RESUMO

Objetivos: o presente vídeo tem como objetivo demonstrar a técnica operatória assim como os reparos anatômicos da colecistectomia vídeolaparoscópica com SILS (Single Port) em um caso de colecistite aguda realizada no HUGG - UNIRIO. Métodos: Será demonstrado vídeo editado com qualidade de DVD em alta resolução, com a padronização cirúrgica e a abordagem do trígono hepatocístico, portal e pinças cirúrgicas utilizadas nessa modalidade e a tática operatória utilizada em uma colecistectomia por SILS, apresentando as dificuldades em um caso de colecistectomia aguda, realizados de rotina no HUGG - UNIRIO.

**Apresentação: Vídeo Livre**

#### 078 - ESÔFAGOCARDIOMIOTOMIA DE HELLER COM FUNDOPLICATURA ANTERIOR DE DOR POR VÍDEO LAPAROSCOPIA

MOHAMED CHOUKY KAMAR; FERNANDO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA; BENY LONDON; RODRIGO CESAR PINTO; NORTON NEVES PORTELA; JOSÉ CARLOS PERRI VIDAL ALVAREZ; ANTONIO CARLOS GARRIDO IGLESIAS

**RESUMO**

Objetivos:O presente video tem como objetivo demonstrar a técnica operatória assim como os reparos anatômicos da cirurgia para o tratamento da acalasia,por Vídeo Laparoscopia realizadas no HUGG-UNIRIO. Métodos:Será demonstrado vídeo editado com qualidade de DVD em alta resolução, com a padronização cirúrgica e a realização Ca EsôfagoCardiotomia de Heller-Dor com inserções de ilustrações anatomia de anatomia.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**079 - SINGLE PORT: SISTEMATIZAÇÃO DA INSERÇÃO DOS PORTAIS**

MOHAMED CHOUKY KAMAR; FERNANDO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA; BENY LONDON; ROGÉRIO DARDENGO GLÓRIA; VANESSA DO NASCIMENTO SANTOS; JOSÉ CARLOS PERRI VIDAL ALVAREZ; ANTONIO CARLOS GARRIDO IGLESIAS

**RESUMO**

Objetivos:O presente video tem como objetivo demonstrar as diferentes técnicas operatórias para a inserção de portais únicos (Single Port) para colecistectomias, por videolaparoscopia, realizadas no HUGG-UNIRIO. Métodos: Será demonstrado vídeo editado com qualidade de DVD em alta resolução, com a padronização cirúrgica e a inserção de diferentes portais únicos para colecistectomias.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**080 - GASTRECTOMIA TOTAL VIDEOLAPAROSCÓPICA**

MOHAMED CHOUKY KAMAR; FERNANDO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA; BENY LONDON; GUILHERME SARAIVA HADDAD; VANESSA DO NASCIMENTO SANTOS; JOSÉ CARLOS PERRI VIDAL ALVAREZ; ANTONIO CARLOS GARRIDO IGLESIAS

**RESUMO**

Objetivos:O presente video tem como objetivo demonstrar a técnica operatória assim como os reparos anatômicos da gastrectomia total com linfadenectomia à D2 videlaparoscópica para tratamento de tumor justacárdico de 8 cm, sem diagnóstico histopatológico definido pela endoscopia, realizadas no HUGG-UNIRIO. Métodos: Será demonstrado vídeo editado com qualidade de DVD em alta resolução, com a padronização cirúrgica da gastrectomia total com linfadenectomia à D2, realizados de rotina no HUGG da UNIRIO. Estão inseridas ilustrações dos principais vasos e sua drenagem linfonodal, para efeito didático.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**081 - TRATAMENTO DE CASO INCOMUM POR VIDEOLAPAROSCOPIA**

JOSE LUIZ VARELA; SERGIO GRAÇA COUTO DO VALLE; GUSTAVO SAMPAIO PEREIRA ROCHA; HENRIQUE NEUBARTH PHILLIPS

**RESUMO**

Paciente 25 anos, sexo feminino., em tratamento em clínica psiquiátrica, fez ingestão proposital de 2 pilhas AA e uma antena de rádio. Foi levada a uma Casa de Saúde do Rio de Janeiro, que entrou em contato com nossa equipe. Foi realizado uma TC de Abdome na internação mostrando os objetos em andar superior

de abdome. Feito contato então com serviço de Endoscopia da Casa de Saúde que tentou sem sucesso retirar os corpos estranhos, já que estes haviam migrado, passando da 3ª porção duodenal. Realizado nova TC de abdome evidenciando objeto compatível com antena próximo ao Ângulo de Treitz. Optou-se então por abordagem cirúrgica, laparoscópica. Ao iniciar o procedimento cirúrgico, no inventário observou-se antena em jejuno proximal e pilhas em cólon direito. Realizado abertura de pequeno orifício e retirada da antena, com fechamento através de grampeamento do mesmo. Manobra de Cattell para mobilização do cólon direito e exteriorização do ceco através de incisão de Davis. Realizado apendicectomia com retirada das pilhas, pelo orifício do apêndice. Paciente teve uma boa evolução pós operatória.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**082 - PANCREATECTOMIA CORPOCAUDAL COM ESPLENECTOMIA E LINFADENECTOMIA LAPAROSCÓPICA PARA O TRATAMENTO DE GLUCAGONOMA DE CAUDA DE PÂNCREAS**

RICARDO JUREIDINI; GUILHERME NACCACHE NAMUR; VAGNER BIRK JEISMANN; THIAGO RIBEIRO; TELESFORO BACCHELLA; ULYSSES RIBEIRO JR; IVAN CECCONELLO

**RESUMO**

Glucagonomas são tumores neuroendócrinos do pâncreas extremamente raros. Manifestam-se clinicamente com eritema necrolítico migratório, diabetes e perda de peso. Devido a sua propensão para metástases são considerados neoplasias malignas. Apresentamos um video de uma Pancreatectomia Corpocaudal com Esplenectomia e linfadenectomia laparoscópica para o tratamento de glucagonoma de cauda de pâncreas em paciente de 50 anos do sexo masculino. Procedimento durou 120 minutos, com perda sanguínea menor que 50 ml. Paciente recebeu alta hospitalar no 3º pós operatório. A pancreatectomia distal laparoscópica, que é um bem estabelecida para o tratamento de neoplasias benignas do pâncreas, é um procedimento factível para o tratamento de neoplasias malignas em casos selecionados.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**083 - GLOVE PORT PARA COLECISTECTOMIA**

MOHAMED CHOUKY KAMAR; FERNANDO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA; BENY LONDON; RODRIGO CESAR PINTO; ROGÉRIO DARDENGO GLÓRIA; JOSÉ CARLOS PERRI VIDAL ALVAREZ; ANTONIO CARLOS GARRIDO IGLESIAS

**RESUMO**

Objetivos:O presente video tem como objetivo demonstrar a técnica operatória utilizando o Glove Port para colecistectomia videolaparoscópica realizada no HUGG-UNIRIO. Este método que se destaca pelo seu baixo custo em relação aos portais únicos tradicionais. Métodos:Será demonstrado vídeo editado com qualidade de DVD em alta resolução, com a padronização cirúrgica e a realização de colecistectomia utilizando o Glove Port.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**084 - CORREÇÃO DE HÉRNIA DE HIATO UTILIZANDO PORTAL ÚNICO**

MOHAMED CHOUKY KAMAR; FERNANDO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA; BENY LONDON; GUILHERME SARAIVA HADDAD; THIAGO MIRANDA CAR-

DOSO PANTALEÃO; JOSÉ CARLOS PERRI VIDAL ALVAREZ; ANTONIO CARLOS GARRIDO IGLESIAS

### RESUMO

**Objetivos:**O presente vídeo tem como objetivo demonstrar a técnica operatória assim como os reparos anatômicos para a correção de hérnia de hiato utilizando portal único por videolaparoscopia realizado no HUGG-UNIRIO. **Métodos:**Será demonstrado vídeo editado com qualidade de DVD em alta resolução, com a padronização cirúrgica de correção de hérnia de hiato por portal único, realizados no HUGG da UNIRIO.

### Apresentação: Vídeo Livre

#### 085 - COLECISTECTOMIA SINGLE PORT

MOHAMED CHOUKY KAMAR; FERNANDO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA; BENY LONDON; ROGÉRIO DARDENGO GLÓRIA; RODRIGO CESAR PINTO; JOSÉ CARLOS PERRI VIDAL ALVAREZ; ANTONIO CARLOS GARRIDO IGLESIAS

### RESUMO

**Objetivos:**O presente vídeo tem como objetivo demonstrar a padronização da técnica operatória da colecistectomia videolaparoscópica utilizando Single Port, demonstrando dois portais. Estas foram realizadas no HUGG-UNIRIO. **Métodos:**Será demonstrado vídeo editado com qualidade de DVD em alta resolução, com a padronização cirúrgica e a realização de colecistectomia por portal único.

### Apresentação: Vídeo Livre

#### 086 - DUCTO ACESSÓRIO DE LUSCHKA: COLEPERITONEO PÓS-COLECISTECTOMIA

HELLEN SONALY BARRETO GONCALVES; FERNANDA LANDE ROSA; FERNANDO A. V. MADUREIRA; ANGELO LOSS; DELTA MADUREIRA FILHO

### RESUMO

**Introdução:** Ductos biliares aberrantes ou acessórios são descritos em cerca de 30% da população mundial e sua presença pode explicar a origem de alguns casos de coleperitônio pós-operatório. Entre 1990 e 2012, realizamos em nosso serviço cerca de 10.500 colecistectomias laparoscópicas, dentre as quais, observamos 3 casos de coleperitônio, sendo 1 por lesão de ducto acessório de Luschka. **Métodos:** Vídeo editado com qualidade de DVD, mostra manejo cirúrgico de lesão de ducto acessório de Luschka após colecistectomia laparoscópica. **Relato de Caso:** Paciente, 52 anos, sexo feminino, com quadro inicial de colelitíase assintomática submetida a colecistectomia laparoscópica, sem intercorrências, recebeu alta 24h após procedimento. Evoluiu no terceiro dia pós-operatório com dor abdominal progressiva e difusa, sem outras queixas. TC abdominal revelou líquido livre em cavidade. Durante laparoscopia diagnóstica, observamos coleperitônio volumoso por extravasamento de bile através do ducto acessório de Luschka, em leito hepático. Optou-se por clipagem do mesmo seguida de lavagem exaustiva da cavidade. Paciente evoluiu bem, recebendo alta no quinto dia de internação hospitalar. **Conclusão:** O conhecimento detalhado da ocorrência de variações anatômicas das vias biliares é imprescindível para o sucesso de procedimentos realizados nesta topografia. Apesar de extremamente raras, lesões decorrentes da não visualização do ducto acessório de Luschka podem ocorrer, representando fator importante de morbidade pós-operatória.

### Apresentação: Vídeo Livre

#### 087 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTO HEPÁTICO GIGANTE POR LAPAROSCOPIA: RELATO DE CASO

JULIANA ALMEIDA DO VALLE; MARCELO BASTOS WEISS; MARIANE ARAÚJO PUIATTI; LUIS HENRIQUE FELGA; ANDRESSA BARRA; GABRIELA PALERMO

### RESUMO

**Introdução:** Define-se como cisto hepático uma cavidade revestida por células do fígado que geralmente contém material líquido ou viscoso. Raramente causam sintomas, a não ser que causem dor em quadrante superior direito, compressão devido ao efeito de massa, ruptura, hemorragia ou infecção. Nos casos em que exista necessidade de tratamento cirúrgico se utiliza a retirada de parte do cisto, chamada de destelhamento, geralmente laparoscópica. **Relato de Caso:** MAS, 57 anos, sexo feminino, nascida e procedente de Rio Pomba – MG, compareceu ao ambulatório de Cirurgia Geral com relato de dor crônica em hipocôndrio direito há cerca de 2 anos, aumento de volume abdominal na região, sem relato de vômitos ou náuseas, sem história de perda de peso ou astenia, com USG datado de 2 meses antes da consulta evidenciando coleciopatia litíase e imagem cística simples hepática volumosa. Previamente hipertensa e diabética, em uso de Captopril 50mg/dia, Losartana 100mg/dia, Insulina NPH SC 60UI dia e Insulina regular conforme glicemia, sem histórico de cirurgias abdominais prévias, G3P3A0, com história de menopausa há 6 anos. Fora solicitada tomografia contrastada de abdome, que evidenciou volumoso cisto hepático simples em fígado direito medindo 13,4x11,2x9cm, sem relação com parênquima hepático, vasos ou vias biliares, aderido a estruturas do trato gastrointestinal. Fora programada e realizada Colecistectomia Laparoscópica e Destelhamento de Cisto Hepático Simples por via Laparoscópica no mesmo tempo, com retirada de cerca de 1200mL de líquido sero-mucoso, sendo esse material submetido a análise laboratorial, sem evidência de alteração de bilirrubinas ou enzimas hepático-biliares e citologia oncológica negativa, essencialmente acelular. A paciente teve alta 2 dias após realização do procedimento, com prescrição de medicação sintomática e retorno ambulatorial em 15 dias. Após 15 dias, retornou ao ambulatório, apresentando melhora do desconforto abdominal e sem queixas, trazendo consigo laudo de biópsia evidenciando colecistite crônica e colesterolose à vesícula biliar e biópsia de cisto hepático evidenciando tecido de células pequenas, sem indícios de malignidade ou diferenciação. **Conclusão:** O destelhamento laparoscópico e o método de escolha para o tratamento do cisto hepático solitário não parasitário em paciente sintomático, para que o paciente possa se beneficiar com uma cirurgia minimamente invasiva. É um procedimento efetivo, com baixa morbidade, sendo incomum a recorrência. **Descritores:** fígado, hepatopatias, Cistos, Laparoscopia.

### Apresentação: Vídeo Livre

#### 088 - HEPATECOMIA DIREITA VIDEOLAPAROSCÓPICA - PASSOS TÉCNICOS

FABRÍCIO F. COELHO; JAIME A. P. KRÜGER; MARCOS V. PERINI; RENATO M. LUPINACCI; GILTON M. FONSECA; PAULO HERMAN

### RESUMO

As ressecções hepáticas representam umas das últimas fronteiras vencidas pela cirurgia videolaparoscópica. Apesar da complexidade do procedimento e necessidade de experiência em cirurgia hepática e laparoscópica a indicação do método tem crescido de forma expressiva nos últimos anos, com vantagens em

relação à via laparotômica. Impulsionada pelos bons resultados cirúrgicos obtidos, a via de acesso laparoscópica atualmente tem sido utilizada para a ressecção de lesões hepáticas benignas e malignas. O aumento da experiência com o método e o desenvolvimento de novas tecnologias tem demonstrado ainda, que os problemas técnicos das grandes ressecções hepáticas podem ser contornados. Por essa razão, os limites das ressecções laparoscópicas têm sido ampliados, com a realização de ressecções hepáticas maiores (&#8805; três segmentos) com sucesso. Com relação à hepatectomia direita, alguns autores demonstraram sua exequibilidade e segurança em serviços de excelência. A pesar disso, a hepatectomia direita é um procedimento complexo, com risco potencial de complicações graves, em especial injúria vascular. A transecção do parênquima, pela grande área cruenta, também é um desafio demandando o uso de fontes de energia e grameadores laparoscópicos para o controle dos vasos de maior calibre. Por esta razão, a padronização técnica é essencial para minimizar os riscos inerentes ao procedimento. No presente vídeo descrevemos, de forma detalhada, a técnica de ressecção do lobo hepático direito por via totalmente laparoscópica, seguindo os passos da cirurgia convencional, iniciando-se com a mobilização hepática, dissecação dos elementos do pedículo direito, controle extra-hepático da veia hepática direita e por fim, a secção do parênquima hepático.

**Apresentação: Vídeo Livre**

#### **089 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TERATOMA POR LAPAROSCOPIA: RELATO DE CASO**

*JULIANA ALMEIDA DO VALLE; MARCELO BASTOS WEISS; MARIANE ARAÚJO PUIATTI; LUIS HENRIQUE FELGA; ANDRESSA BARRA; CAROLINA TEIXEIRA DE ASSIS LOPES; NAYARA MARIA MARTINS PEREIRA*

#### **RESUMO**

**Introdução:** O teratoma ovariano é considerada a neoplasia germinativas mais comum na menacme, podendo ser diferenciada histologicamente em maduro, imaturo e monodérmico. O teratoma maduro, também denominado cisto dermoide, é composto de pelo menos dois tipos celulares diferenciados das três camadas germinativas - ectoderma, mesoderma e endoderma, estando o primeiro em 100% dos casos. O tratamento é cirúrgico e deve ser realizado para evitar complicações como torção do ovário ou ruptura. **Relato de Caso:** Paciente do sexo feminino, 24 anos, foi admitida na emergência do Hospital Pronto Socorro após acidente motociclístico, imobilizada em prancha rígida e em uso de colar cervical, Glasgow 15, com relato de dor em coluna cervical e sem dores abdominais, apresentando tórax e pelve estáveis. Realizadas radiografias de coluna cervical, tórax e pelve, sem evidência de fraturas, porém com evidência de imagem ovalada, de aproximadamente 8 cm de diâmetro, radiopaca, em fossa ilíaca esquerda. Sem comorbidades previamente sabidas, sem história de alterações menstruais ou dor abdominal, sem relato de cirurgias prévias. Fora realizada ultrassonografia de abdome e pelve, que confirmou massa em topografia de ovário esquerdo, medindo 8,2x6,4x2,2cm, de aspecto calcificado e sem fluxo ao doppler. Transferida para o Hospital Therezinha de Jesus para propedêutica adequada, foram colhidos exames laboratoriais, sem alterações, com CA125 e CEA inalterados e CA19-9 levemente tocado. Fora submetida à laparoscopia exploradora com achado intra-operatório de ovário calcificado à esquerda de medidas semelhantes às encontradas ao USG, sem alterações em ovário contralateral e útero, sendo realizada a ooforectomia à esquerda. Não houve intercorrências durante o procedimento, fora realizada incisão à Pfannestiel de cerca de 6cm de envergadura para retirada da peça da cavidade. À exploração da peça cirúrgica, consistência pétreia e aspecto de dentina, pesando 186g. A paciente evoluiu com pós-operatório sem complicações e alta hospitalar 2 dias

após intervenção cirúrgica. Retornou no ambulatório em 15 dias, sem queixas e com ferida operatória em bom aspecto, trazendo diagnóstico histopatológico de teratoma maduro, sem nenhuma evidência de malignização de conteúdo. **Conclusão:** O tratamento cirúrgico mediante acesso laparoscópico dos teratomas ovarianos é um procedimento seguro, com menores complicações pós-operatórias quando comparado com a laparotomia, e permite diminuir o tempo de internação hospitalar, sangramento pós-cirúrgico e baixa morbimortalidade. **Descritores:** Cisto dermoide, teratoma maduro, laparoscopia.

**Apresentação: Vídeo Livre**

#### **090 - POTPORRI DE TRATAMENTO DE HÉRNIA INCISIONAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA**

*FERNANDA LANDE ROSA; HELLEN SONALLY BARRETO GONÇALVES; FERNANDO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA; FÁBIO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA; DELTA ATHAYDE VELOSO MADUREIRA*

#### **RESUMO**

As hérnias incisionais ocorrem como resultado de tensão excessiva e cicatrização inadequada de uma incisão prévia. Os principais fatores que levam ao desenvolvimento das hérnias incisionais são: infecção da ferida cirúrgica no pós-operatório, obesidade, o tratamento com corticóides e quimioterápicos, complicações respiratórias (tosse) no pós-operatório, má nutrição e idade avançada. **Objetivos:** O presente vídeo tem como objetivo demonstrar a técnica operatória assim como as soluções cirúrgicas para o tratamento da hérnia incisional, por Vídeo Laparoscopia. **Métodos:** Será demonstrado potporri de vídeos editados com qualidade de DVD em alta resolução, com a padronização cirúrgica do nosso serviço para o reparo cirúrgico da Hérnia Incisional por Vídeo Laparoscopia. **Resultados:** Será mostrado o reparo de três pacientes com diferentes tamanhos de hérnias. Sendo utilizadas e manuseadas as telas especiais para este fim, assim como o aspecto da tela em re-operação (por outra patologia) após 01 ano do reparo inicial. **Conclusão:** Devido à relevância do tema abordado não só pela sua importância funcional e/ou estética para o paciente, faz-se jus uma metodologia eficaz para o reparo das hérnias incisionais.

**Apresentação: Vídeo Livre**

#### **091 - HÉRNIOPLASTIA INGUINAL VOLUMOSA POR VIDEOLAPAROSCOPIA**

*FERNANDA LANDE ROSA; HELLEN SONALLY BARRETO GONÇALVES; FERNANDO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA; FÁBIO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA; DELTA MADUREIRA*

#### **RESUMO**

As hérnias Inguinais atingem mais freqüentemente os homens em idade produtiva, determinando assim um grande problema sócio-econômico quando consideramos a dor provocada pela doença ou mesmo pela cirurgia. Portanto, encurtar o período de internação, recuperação, retorno ao trabalho e diminuir as taxas de recidivas são metas a serem atingidas; sendo de fundamental importância a escolha da técnica cirúrgica a ser empregada. **Metologia:** vídeo editado com qualidade DVD em alta resolução apresenta a hérnioplastia inguinal pela técnica de abordagem pér-operatória Transabdominal com Tela Pré Peritoneal (TAPP). **Relato de Caso:** paciente JSR 38, branco, morador do Rio de Janeiro. Refere que há dois anos apresenta um aumento progressivo, volumoso e doloroso da região inguinal direita. Foi submetido a reparo da hérnia por vídeolaparoscopia. Recebeu alta hospitalar com 24

horas de internação. Conclusão: a técnica por TAPP permite a obtenção de bons resultados com baixas taxas de recorrências e complicações. A cirurgia laparoscópica tem demonstrado maiores benefícios clínicos no concernente a recuperação e conforto na maioria dos pacientes.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**092 - ACESSO LAPAROSCÓPICO DE ROTINA PARA BISEGMENTECTOMIA HEPÁTICA 2-3**

JAIME ARTHUR PIROLA KRÜGER; FABRÍCIO F. COELHO; MARCOS V. PERINI; RENATO M. LUPINACCI; OMARA. F. ABDUCH; PAULO HERMAN

**RESUMO**

A hepatectomia laparoscópica representa uma das fronteiras no avanço da cirurgia minimamente invasiva. Com progressão no conhecimento anatômico, associado a avanços técnicos e melhores materiais cirúrgicos a videocirurgia tornou-se método terapêutico para diversas doenças hepáticas. O setor lateral (segmentos 2-3) do lobo esquerdo do fígado apresenta características que o tornam favorável à abordagem operatória. Observa-se que é a menor área cruenta entre as hepatectomias regradas, o que se traduz em risco mínimo de sangramento e fistulas biliares. Neste vídeo apresenta-se uma abordagem pragmática dos segmentos 2-3, com descrição do passo-a-passo técnico para sua realização, abordando os seguintes aspectos: posicionamento do paciente, posicionamento dos trocartes, mobilização do fígado, transecção do parênquima, tratamento do pedículo hepático, tratamento da veia hepática e retirada da peça operatória. Em 29 casos operados pode-se observar que a ressecção laparoscópica dos segmentos 2-3 não apresenta dificuldades técnicas. A literatura demonstra que não há aumento do tempo operatório e a perda sanguínea é comparável ou menor que na cirurgia aberta. Apresenta as mesmas vantagens observadas em outras ressecções laparoscópicas, como menor dor pós-operatória, alta hospitalar precoce e melhor resultado cosmético. Quando estudados os resultados oncológicos, também observamos dados superponíveis aos observados nas operações convencionais com relação à sobrevida e margens oncológicas. A segmentectomia hepática laparoscópica 2-3 apresenta técnica operatória bem estabelecida e reprodutível. Observam-se vantagens no seu emprego, tanto no pós-operatório imediato como nos resultados em longo prazo. Dessa maneira deve ser empregada de maneira rotineira no tratamento das lesões hepáticas localizadas no setor lateral esquerdo do fígado.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**093 - PANCREATECTOMIA CENTRAL SEM DERIVAÇÃO DO COTO DISTAL DO PÂNCREAS**

RICARDO JUREIDINI; GUILHERME NACCACHE NAMUR; BEATRIZ CAMARGO AZEVEDO; VAGNER BIRK JEISMANN; THIAGO RIBEIRO; TELESFORO BACCHELLA; ULYSSES RIBEIRO JR

**RESUMO**

A pancreatectomia central é uma modalidade de ressecção pancreática pouca realizada por videolaparoscopia, já que a derivação do coto distal do pâncreas consiste em grande desafio técnico. Apresentaremos nesse vídeo uma pancreatectomia central realizada em uma paciente do sexo feminino de 63 anos, com tumor neuroendócrino de corpo de pâncreas, com completa atrofia da cauda em que o coto distal do pâncreas foi selado.

Procedimento foi realizado em 240 minutos, a paciente recebeu alta no 5 pós operatório. Exame de anatomia patológica mostrou tratar-se de tumor neuroendócrino, bem diferenciado, com 1,1 cm de diâmetro.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**094 - SINDROME DA ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR**

CHRISTIANO CLAUS; PAULO CESAR ANDRIGUETTO; MARCELO LOUREIRO; LEONARDO ANDRIGUETTO; GIOVANNI BOSIO MAGGI; BRUNO MOSER; DANIELLSON DIMBARRE

**RESUMO**

ATCC, 14 anos. Queixa-se de dor abdominal com aproximadamente 6 meses de evolução, principalmente em epigastrio e HCE. Relata piora importante após alimentação. Vômitos associados também pós alimentares. Refere perda ponderal de aproximadamente 12 Kgs no período, sem outras queixas. Nega comorbidades. Ao exame apresentava apenas dor leve à palpação abdominal, sem sinais de irritação peritoneal. Demais sem particularidades. Seriografia: Compressão extrínseca em 3ª porção duodenal. Angiotomografia: Redução do espaço entre a aorta e artéria mesentérica superior, determinando compressão da veia renal e redução da amplitude do espaço entre a aorta e a artéria mesentérica superior ao nível da 3ª porção do duodeno. Paciente então com diagnóstico de Síndrome da artéria mesentérica superior e encaminhada para tratamento laparoscópico (duodenojejunosomia em 25/4/12), sem intercorrências. #2º PO: Seriografia mostrando trânsito adequado na anastomose, com bom esvaziamento gástrico. #3º PO: Início de dieta líquida com boa aceitação. #4º PO: Alta hospitalar. Acompanhamento 2 meses após a cirurgia: Paciente aceitando bem a dieta, ausência completa de sintomas e com ganho ponderal adequado.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**095 - COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPIA POR DOIS PORTAIS**

DANIEL FRANCISCO VIRIATO DOS SANTOS; BRUNO DA SILVEIRA ALMEIDA; CARLOS ANDRADE ALMEIDA; LUIZ VIANNA DE OLIVEIRA; LORENA LIMA SILVA; LUCAS ALBUQUERQUE FERREIRA

**RESUMO**

A colecistectomia Videolaparoscopia é o tratamento aceito mundialmente para patologias que atingem a vesícula biliar (litiase e pólipos). A técnica utilizada para realização deste procedimento, classicamente, utiliza quatro portais, proporcionando a visualização da zona crítica ou "critical view", com exposição completa do triângulo de Calot e de sua composição. Com a evolução da cirurgia minimamente invasiva é cada vez mais aceita a diminuição do número de portais, desde que tecnicamente segura, com diminuição concomitantemente da dor pós operatória. Esta variante da técnica clássica utiliza dois portais (um de 10mm transumbilical para o sistema óptico e outro de 10/12mm para a "mao de trabalho") e a tração do infundíbulo e fundo da vesícula biliar e realizada com a passagem de fios ("marionete"). O tempo cirúrgico do procedimento tende a diminuir com a prática das equipes que utilizam. O relato de caso é sobre uma paciente feminina, 30 anos, acompanhado por este serviço devido à colelitiase em programação de Colecistectomia, evoluindo com quadro de dor em hipocôndrio direito há 12 horas do internamento, com presença de febre e sem sintomas colestaticos, foi internado em caráter emergencial com diagnóstico clínico (Murphy positivo e leucograma de 11.900) e ultrasonográfico (espessamento de

parede de vesícula biliar) de colecistite aguda biliar. Realizado procedimento cirúrgico prontamente ao diagnóstico. Com passagem da câmera de 30° em região transumbilical via trocar de 10 mm e passagem de trocar de 12 mm em região de Hipocôndrio esquerdo, visualizado vesícula biliar de paredes edemaciada sem aderências importantes. Realizado a passagem de fio de linha agulhado número zero em 10° espaço intercostal e transfixado fundo da vesícula biliar sendo este tracionado até a parede abdominal e visualizado infundíbulo, passado de fio linha agulhado número zero em fossa ilíaca direita e transfixado infundíbulo tracionado, proporcionando a visualização da zona crítica, com o triângulo de Calot mostrando artéria cística no meio. Dissecado ducto cístico e artéria cística, com ligadura com clipe e secção, retirada vesícula biliar do leito hepático com eletrocauterio, revisado hemostasia. Vesícula biliar após liberada do leito hepático fica exposta devido aos fios, para retirada via incisão umbilical. Não houve em nem um momento contaminação da cavidade abdominal por bile o tempo cirúrgico foi de 19 minutos. Como é demonstrado na literatura atual e passível a utilização de dois portais para a realização de colecistectomia, mesmo em quadros de colecistite aguda, onde podemos diminuir ainda mais a dor local, com a utilização de anestesia local. Torna-se um procedimento ainda mais cosmético, uma vez que só permanece uma cicatriz cirúrgica, já que a incisão transumbilical é imperceptível.

**Apresentação: Vídeo Livre**

#### 096 - LIGADURA DE VEIA PORTA DIREITA

MOHAMED CHOUKY KAMAR; RICARDO LEMOS COTTA PEREIRA; BENY LONDON; JULIA BARROS VARGAS; LUANA FERREIRA VALENTE; MELISSA GEBRIM RIBEIRO; FERNANDO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA

#### RESUMO

Objetivo: Apresentar uma alternativa factível para realização da oclusão de veia porta direita por videolaparoscopia. A oclusão do ramo direito da porta tem sido amplamente utilizado como preparo para hepatectomia extensa, visando a hipertrofia do lobo contralateral e possibilitando um remanescente hepático satisfatório no pós operatório. Métodos: Foi realizado a clipagem da veia porta direita utilizando o mesmo posicionamento dos portais usados na colecistectomia videolaparoscópica. O ligamento hepatoduodenal é identificado e dissecado sendo realizado a clipagem da estrutura supracitada sem complicações.

**Apresentação: Vídeo Livre**

#### 097 - LOBECTOMIA ESQUERDA: ASPIRADOR ULTRASSÔNICO + BISTURI HARMÔNICO

MOHAMED CHOUKY KAMAR; RICARDO LEMOS COTTA PEREIRA; BENY LONDON; JULIA BARROS VARGAS; LUANA FERREIRA VALENTE; MELISSA GEBRIM RIBEIRO; FERNANDO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA

#### RESUMO

Objetivo: O presente vídeo mostra o uso combinado do aspirador ultrassônico com bisturi harmônico na lobectomia esquerda hepática visando facilitar a dissecação do parênquima e minimizar os sangramentos. Trata-se de uma ressecção hepática laparoscópica por um adenoma em segmentos II e III. Métodos: A bisegmentectomia hepática foi realizada utilizando o posicionamento tradicional dos portais, realizado a ressecção com aparato supracitado, o controle vascular foi feito com grameadores vasculares. A cirurgia ocorreu completamente por videolaparoscopia. A peça foi retirada por incisão pelo hipogastrio.

**Apresentação: Vídeo Livre**

#### 098 - ESPLENECTOMIA POR PORTAL ÚNICO

JOSÉ JÚLIO DO RÊGO MONTEIRO FILHO; PAULO JOSÉ M MACEDO; MARCELO BRAVO CARNEIRO; PAULO SÉRGIO S REIS JÚNIOR; FLÁVIO MALCHER M OLIVEIRA; FLÁVIA ALVES GOMES; LEONEL DOS SANTOS PEREIRA

#### RESUMO

O vídeo mostra a realização de esplenectomia através de portal único subcostal (SILS) em paciente diabética de 14 anos de idade com volumoso cisto esplênico (8 cm) localizado no polo superior. Na omografia vê-se que o baço era maior que o rim. A cirurgia teve pouco mais de 2 horas de duração, nenhuma perda sanguínea e a paciente recebeu alta com 12 horas de pós-operatório. Em casos selecionados a utilização de portal único trás benefícios estéticos, facilita a remoção de grandes espécimes, além de ser segura, apesar de um tempo operatório um pouco mais prolongado.

**Apresentação: Vídeo Livre**

#### 099 - RESSECÇÃO SIMULTÂNEA DE FÍGADO E RETO POR VIDEOLAPAROSCOPIA. DOIS PROCEDIMENTOS COMPLEXOS EM UM SÓ TEMPO OPERATÓRIO

MARCEL AURAN CESAR MACHADO; GUILHERME COTTI; RODRIGO SURJAN; FABIO MAKDISSI

#### RESUMO

INTRODUÇÃO: Número crescente de estudos têm relatado que a cirurgia combinada coloretal e hepática é segura. Até o momento, a combinação de ressecção laparoscópica de tumor de reto baixo associada a bissegmentectomia 5-8 nunca foi descrita. OBJETIVO: Apresentar um vídeo de ressecção hepática direita anterior (bissegmentectomia 5-8) totalmente laparoscópica utilizando a abordagem intra-hepática Glissoniana. Durante a mesma operação a ressecção laparoscópica de um câncer retal baixo com excisão total do mesorreto foi realizada com sucesso. MÉTODOS: Homem de 65 anos de idade com câncer de reto baixo e metástases hepáticas sincrônicas foi encaminhado para tratamento. O primeiro passo foi realizar dissecação e ligadura da artéria e veia mesentérica inferior e mobilização completa do cólon esquerdo e flexura esplênica. Excisão completa do mesorreto foi realizada e reto foi dividido com grameador. O próximo passo foi a realização de ultra-som intra-operatório, seguido por bissegmentectomia 5-8 utilizando a técnica intra-hepática de acesso Glissoniano com controle e divisão do pedículo anterior direito. A ressecção hepática é concluída e a peça é retirada por incisão suprapúbica. O cólon esquerdo é, então, exteriorizado e preparado para anastomose mecânica. O pneumoperitônio é restabelecido e anastomose colorretal é realizada. Ileostomia protetora é confeccionada e procedimento é finalizado após drenagem da cavidade. RESULTADOS: O tempo operatório foi de 480 minutos, com perda de sangue mínima. A recuperação foi sem intercorrências e o paciente recebeu alta no dia 6º dia pós-operatório. CONCLUSÕES: A ressecção laparoscópica combinada em câncer colorretal primário com metástases hepáticas sincrônicas é viável. Laparoscopia é a chave para realização de 2 procedimentos complexos, no mesmo tempo operatório e pode ser uma boa opção em pacientes selecionados.

**Apresentação: Vídeo Livre**

#### 100 - RESSECÇÃO TRANSGÁSTRICA DE GIST GÁSTRICO POR MINI-LAPAROSCOPIA

JOSÉ JÚLIO DO RÊGO MONTEIRO FILHO; PAULO JOSÉ M MACEDO; MARCELO BRAVO CARNEIRO; PAULO SÉRGIO S REIS JÚNIOR; FLÁVIO MALCHER M OLIVEIRA; FLÁVIA ALVES GOMES; LEONEL DOS SANTOS PEREIRA

### RESUMO

O vídeo mostra a ressecção de GIST gástrico localizado na parede posterior do corpo gástrico, junto a pequena curvatura. A técnica transgástrica empregada já foi por nós apresentada no congresso da Sobracil de Vitória com a videocirurgia convencional. Desta vez utilizamos técnica minilaparoscópica com 3 portais de 3mm e um de 15 posicionado na cicatriz umbilical. A lesão de pequeno tamanho ( 2cm ) é localizada através de endoscopia per-operatória. Realiza-se gastrotomia anterior em frente à lesão que é evertida para fora da luz gástrica. A ótica é trocada por uma de 2mm e o endogrampeador é introduzido pelo trocáter umbilical, sendo a lesão ressecada com 2 disparos. A peça é retirada por endocatch introduzido pelo trocáter umbilical. A ótica de 10mm é novamente empregada para a realização da gastrografia - um plano hemostático com fio absorvível e outro invaginante com polipropileno. A alimentação é reintroduzida com 6 horas de pós operatório e a paciente recebe alta hospitalar com 36 horas de pós operatório. A minilaparoscopia se mostra adequada para a ressecção de pequenas lesões gástricas com o inconveniente da necessidade de troca de ótica para utilização do endogrampeador. No caso apresentado tivemos dificuldades com o porta-agulhas de 3mm que na verdade era uma pinça de apreensão e não o porta agulhas de fato.

**Apresentação: Vídeo Livre**

### 101 - HISTERECTOMIA TOTAL COM SALPINGOFORECTOMIA BILATERAL E LINFADENECTOMIA PÉLVICA E PARAÓRTICA LAPAROSCÓPICA

ROBERTO HELENO LOPES; FREDERICO AUGUSTUS MARTINS DE RESENDE; ALEXANDRE FERREIRA DE OLIVEIRA; JOÃO BAPTISTA DE PAULA FRAGA; FILIPE FRANCISCO HEINS; RODRIGO FARIA GOMES; JULIANA BOLANDINI DE MATOS

### RESUMO

Paciente feminina, 78 anos, início quadro de sangramento vaginal. Fez curetagem uterina semiótica cujo laudo anatomopatológico revelou adenocarcinoma endometrióide de endométrio grau iii. Realizado então histerectomia total + salpingooforectomia bilateral + linfadenectomia pélvica e paraórtica. Não foi utilizado manipulador uterino e as tubas uterinas foram ligadas no início do procedimento, o que pode diminuir a disseminação de células neoplásicas. Em relação aos trocateres, preferimos um posicionamento semelhante ao da colectomia total: Trocar 10 mm umbilical para ótica, trocar de 10-12 mm na fossa ilíaca direita e flanco esquerdo, e trocar de 5 mm na fossa ilíaca esquerda e flanco direito. O cirurgião permaneceu todo o procedimento à direita do paciente, apenas durante a linfadenectomia pélvica direita que o cirurgião se posicionou à esquerda. Como esta foi a primeira histerectomia com linfadenectomia do grupo, optamos por este posicionamento por uma maior experiência nas cirurgias colorretai. Procedimento sem intercorrências. Tempo cirúrgico de 200 min. Peças retiradas por via vaginal e sutura da cúpula também por via vaginal. Retirado dreno e alta no 2º pós-operatório. Laudo anatomopatológico: Adenocarcinoma endometrióide, grau iii, com envolvimento > 50% do miométrio sem atingir a serosa. Margens livres. Linfonodos ressecados: Pélvicos 00/14 , pélvicos esquerdos 00/16, paraórticos 00/04. Estadio clínico ib. Paciente permanece em controle ambulatorial.

**Apresentação: Vídeo Livre**

### 102 - DERIVAÇÃO BILEODIGESTIVA EM Y DE ROUX E ALCOOLIZAÇÃO DO PLEXO CELÍACO VIDEOLAPAROSCÓPICA PARA PALIAÇÃO DE CARCINOMA DE PÂNCREAS LOCALMENTE AVANÇADO

RICARDO JUREIDINI; VAGNER BIRK JEISMANN; GUILHERME NACCACHE NAMUR; THIAGO RIBEIRO; TELESFORO BACCHELLA; ULYSSES RIBEIRO JR.; IVAN CECCONELLO

### RESUMO

A derivação bileodigestiva em Y de Roux com alcoolização do plexo celíaco, devido a morbidade da cirurgia convencional, tem perdido espaço para terapias paliativas menos invasivas como drenagens endoscópicas e percutâneas guiadas por imagem. Nesse contexto, a via videolaparoscópica é alternativa válida que deve ser considerada nesses pacientes. Apresentamos o caso de uma paciente feminina, 52 anos, com história progressiva de icterícia, emagrecimento e dor em abdome superior com irradiação lombar. Estadiamento pré-operatório evidenciou lesão pancreática localmente avançada. O procedimento indicado foi a derivação bileodigestiva em Y de Roux com alcoolização do plexo celíaco através de videolaparoscopia, a qual transcorreu sem intercorrências, com tempo operatório de 210 min. A paciente apresentou boa evolução pós-operatória e recebeu alta hospitalar no 3º dia pós-operatório.

**Apresentação: Vídeo Livre**

### 103 - TÉCNICA LAPAROSCÓPICA EXTRA-PERITONEAL COM TELA 3D SEM FIXAÇÃO EM HÉRNIA RECIDIVADA

RAFAEL HORÁCIO DE BRITO; MARIANA SANO GAROTTI; ALBERTO MEYER; PAULINO ALBERTO ALONSO; LÍGIA MARIA VAZ GUIMARÃES; EDUARDO BERGER

### RESUMO

Objetivo: demonstrar a factibilidade do procedimento, citando os passos técnicos da cirurgia videolaparoscópica totalmente extraperitoneal para correção de hérnia inguinal, enaltecendo tal procedimento como importante estratégia terapêutica para resolução de hérnias inguinais. Material e Métodos: o vídeo demonstra caso de paciente de 30 anos de idade, masculino, com diagnóstico ao exame físico de hérnia inguinal bilateral. A cirurgia foi realizada no Hospital Professor Edmundo Vasconcelos, em abril deste ano, por meio de técnica videolaparoscópica extra-peritoneal (TEP). A técnica operatória consistiu inicialmente no acesso extra peritoneal com inserção de agulha de Veress na linha média abdominal, no espaço de Retzius e após inserção de 3 trocateres. A seguir, utilizada ótica de 0 graus para dissecação do espaço pré-peritoneal e restante do procedimento, que será demonstrado. Resultados: Procedimento cirúrgico com duração de aproximadamente 30 minutos. Paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório, tanto imediato quanto a médio, não exigindo o uso de analgesia de horário, recebendo alta no mesmo dia, cerca de 8 horas após o procedimento cirúrgico. Não apresentou qualquer tipo de complicação posteriormente. Conclusões: através da demonstração desse vídeo associado à história clínico-cirúrgico do paciente, evidenciar que a técnica videolaparoscópica com acesso extra-peritoneal para correção de Hérnia Inguinal é louvável, com baixíssimos índices de complicações segundo literatura internacional especializada, com ótimo resultado no pós-operatório.

**Apresentação: Vídeo Livre****104 - CORREÇÃO DE HÉRNIA INCISIONAL VIDEOLAPAROSCÓPICA**

RAFAEL HORÁCIO DE BRITO; MARIANA SANO GAROTTI; ALBERTO MEYER; PAULINO ALBERTO ALONSO; LÍGIA MARIA VAZ GUIMARÃES; EDUARDO BERGER

**RESUMO**

Objetivo: Apresentação de tratamento videolaparoscópico para correção de grandes hérnias incisionais. Material e Métodos: Relato de 01 caso do Hospital Professor Edmundo Vasconcelos, sexo masculino, 59 anos, 5 anos após incisão de Jalaguier (paramediana pararretal externa infraumbilical à direita) para tratamento cirúrgico de apendicite aguda. Resultado: Cirurgias por técnica intraperitoneal. Hernia em Jalaguier com dimensões de 20 cm x 15 cm, com duração aproximada de 30 minutos. Colocado tela de polipropileno e silicone dupla face de 30cm x 20cm, fixada com grampos helicoidais, sem drenagem. Paciente evoluiu sem intercorrências, com alta em 24 horas. Não houve recidiva até o presente momento com 2 anos de pós operatório. Conclusão: Correção de hérnia incisional é efetiva quando realizada por via laparoscópica intraperitoneal, mesmo em hernias grandes.

**Apresentação: Vídeo Livre****105 - RESSECÇÃO DO LOBO CAUDADO POR VIDEOLAPAROSCOPIA COM ACESSO INTRA-HEPÁTICO AO PEDÍCULO GLISSONIANO**

MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO; GUSTAVO NOVASKI; RODRIGO SURJAN; FABIO MAKDISSI

**RESUMO**

INTRODUÇÃO: A ressecção anatômica do lobo caudado (segmento 1 do fígado) é um desafio. O principal motivo é devido à ausência de um pedículo Glissoniano bem definido para este segmento. OBJETIVO: Apresentar um vídeo com aspectos técnicos de uma ressecção laparoscópica do segmento 1 usando abordagem Glissoniana sem dissecação hilar ou manobra de Pringle. PACIENTES E MÉTODO: Paciente do sexo feminino, 37 anos de idade, com uso prolongado de anticoncepcionais orais com achado de uma massa de 6 cm no lobo caudado em ultra-sonografia de rotina foi encaminhada para tratamento. O pequeno omento é dividido expondo o lobo caudado, que está completamente substituído pelo tumor. O lobo caudado é puxado para cima e seu pedículo Glissoniano é identificado e ocluído com pinça vascular. Depois de instantes, delimitação isquêmica do lobo caudado é obtida. Pinça vascular é substituída por grampeador e após constatação da delimitação isquêmica, grampeador é disparado. Após dissecação completa do lobo caudado da veia cava, este é trazido para a esquerda e nova aplicação do grampeador completa a remoção do segmento 1. Todos os passos são realizados sem a manobra de. RESULTADOS: O tempo operatório foi de 90 minutos, e a paciente teve alta no primeiro dia de pós-operatório. Perda de sangue estimada foi de 30 ml e recuperação ocorreu sem intercorrências. A patologia final revelou adenoma hepatocelular. CONCLUSÃO: A ressecção laparoscópica do lobo caudado é segura e factível em pacientes selecionados e devem ser considerados para pacientes com neoplasias hepáticas benignas ou malignas. A técnica descrita, com a utilização da abordagem Glissoniana, é útil para realizar a ressecção anatômica do segmento 1.

**Apresentação: Vídeo Livre****106 - ABORDAGEM COMBINADA TAPP-TEP PARA CORREÇÃO DE HÉRNIA INGUINAL: RELATO DE 2 CASOS**

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; ADRIANO DE CARVALHO SALES; MATHEUS MENEZES GOMES; INGRID LAÍS VIEIRA RODRIGUES; JUSCIELLE DE SOUZA BARROS; ANA RAFELA ALMEIDA MORAES; JOSÉ ANDRÉ DA SILVA CORREIA

**RESUMO**

A simplificação da abordagem totalmente extraperitoneal do reparo da hérnia inguinal por vídeo, utilizando a agulha de Veres no espaço de Retzius para insuflação de gás e criação do espaço virtual em real, a óptica para descolar o peritônio do restante anterior da parede abdominal e a aposição da tela neste espaço sem fixá-la, permitiu o emprego mais difundido desta técnica que era limitada pelo seu alto custo. A utilização do acesso abdominal por laparoscopia permite visualização direta da criação do espaço pré-peritoneal, visualização do conteúdo herniário reduzido nas hérnias encarceradas e verificação final da posição da tela no espaço pré-peritoneal. Nesse vídeo demonstramos dois casos de correção laparoscópica por combinação de abordagem abdominal e extra-peritoneal: 1º CASO- paciente do sexo masculino com hérnia inguinal direita Nyhus I, sem comorbidades; Foi realizado confecção de pneumo pré-peritoneal por visualização trans - peritoneal por laparoscopia, utilizando pinça minilaparoscópica de 3mm; punção com trocarter de 10mm que estava na cavidade abdominal, do espaço criado entre o peritônio e o restante anterior da parede abdominal, lise das aderências; dissecação do saco herniário; aposição da tela; desinsuflação do espaço com observação da acomodação da tela no espaço pré-peritoneal; Retorno a cavidade abdominal pela abertura transumbilical para visualização da tela por transparência do peritônio. Paciente teve alta no mesmo dia; Não houve complicações relacionadas a cirurgia; 2º CASO- paciente do sexo masculino com hérnia encarcerada. Visualiza-se por laparoscopia o aspecto das alças enquanto são reduzidas para cavidade abdominal. Durante a redução do saco herniário percebe-se abertura do peritônio que é reparado com sutura, com porta-agulhas minilaparoscópico, para que não haja migração da tela. Ao final da cirurgia observa-se a tela bem posicionada através do acesso laparoscópico. O paciente teve alta no mesmo dia. Após 6 meses não houve nenhuma complicação da cirurgia. Conclusão: A combinação dos dois acessos para o reparo da hérnia inguinal permite a execução da abordagem extraperitoneal de forma mais segura com menos lesão e abertura do peritônio já que o mesmo é o elemento fixador da tela nestes casos. As pinças minilaparoscópicas ocupam menos espaço e permitem maior amplitude dos movimentos, além de promover menores lesões no tegumento e no segmento músculo-aponeurótico da parede abdominal.

**Apresentação: Vídeo Livre****107 - COLECISTECTOMIA MINILAPAROSCÓPICA COM ELETROCAUTERIZAÇÃO DA ARTÉRIA CÍSTICA E SEM USO DE CLIPS**

GUSTAVO LOPES DE CARVALHO; ADRIANO DE CARVALHO SALES; RAFAELA LOPES PEREIRA GOUVEIA; DIEGO LAURENTINO LIMA; CAMILA CAIRES ALVINO DE LIMA; LEIDIANNY FIRMINO COSTA; IANELE BRAGA VILELA DE MELO

**RESUMO**

No vídeo 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. Além disso, mostramos a ligadura do ducto cístico com nós, dispensando o uso de clips. São utilizadas pinças minilaparoscópicas de 3mm e um laparoscópio de 10mm através da cicatriz umbilical. Esse vídeo foi selecionado de um acervo de 1508 pacientes (77,2% mulheres/média de idade de 47,1 anos) que se submetem a colecistectomia por minilaparoscopia entre janeiro de 2000 e maio de 2012. 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 cauterio controlado eletronicamente com retorno monitorado; 2-Usar energia bipolar ou monopolar mista (30 w de corte- 40 de coagulação); 3-Acionar o eletrocauterio em pulsos curtos, nunca superiores a 1 segundo; 4-Não usar nenhum clip metálico prévio ao uso do cauterio, evitando disseminar energia nas proximidades do clip; 5-Cauterizar a artéria sempre em 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. O tempo cirúrgico foi em média de 41 min. A média de tempo de internamento foi de 15h. Não houve conversão para cirurgia aberta. Em 3% 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 mortes, lesões intestinais, hemorragias ou danos ao ducto biliar principal. Houve somente uma reoperação para sutura laparoscópica de ducto de Luschka.

**Apresentação: Vídeo Livre**

#### 108 - EXPLORAÇÃO DE VIA BILIAR TRANSCÍSTICA E TRANSCOLEDOCIANA

RENAM CATHARINA TINOCO; AUGUSTO CLÁUDIO DE ALMEIDA TINOCO; LUCIANA JANENE EL-KADRE; JEHOVAH GUIMARÃES TAVARES; LÍVIA RODRIGUES AGUIAR; GABRIEL VASSALO; TARCIANNA RIBEIRO SANTOS

##### RESUMO

Este vídeo aborda a exploração de via biliar principal por videolaparoscopia e suas duas abordagens, transcística com coledocoscópio de 3 mm e transcoledociana com coledocotomia utilizando um coledocoscópio de 5 mm. Utilizamos a exploração transcística nos casos de dúvida diagnóstica na colangiografia evitando muitas vezes a coledocotomia desnecessária. Nesta exploração por coledocotomia não é deixado dreno de kehr na via biliar principal sendo realizada a rafia primária do colédoco.

**Apresentação: Vídeo Livre**

#### 109 - HEPATICOJEJUNOSTOMIA EM Y DE ROUX LAPAROSCÓPICA NO TRATAMENTO DA LESÃO DE VIA BILIAR BISMUTH IV

LIVIA RODRIGUES DE AGUIAR; LIVIA RODRIGUES DE AGUIAR; RENAM CATHARINA TINOCO; LUCIANA JANENE EL-KADRE; JEHOVAH GUIMARÃES TAVARES; MATHEUS RANGEL; STEPHANY ROMAN FARFAN

##### RESUMO

Paciente 35 anos do sexo, feminino, deu entrada na emergência com icterícia (3+/4+) e uma história patológica pregressa de colecistectomia videolaparoscópica há 3 meses em outro serviço seguida de uma laparotomia. Foi submetida a uma ressonância nuclear magnética que evidenciou uma lesão de via biliar alta

bismuth IV. Este vídeo mostra como tratamos essa lesão de via biliar alta com uma hepaticojejunostomia em Y de Roux por laparoscopia com a anastomose na trifurcação do ducto hepático.

**Apresentação: Vídeo Livre**

#### 110 - CIRURGIA DE PUESTOW

LIVIA RODRIGUES DE AGUIAR; AUGUSTO CLÁUDIO DE ALMEIDA TINOCO; RENAM CATHARINA TINOCO; LUCIANA JANENE EL-KADRE; JEHOVAH GUIMARÃES TAVARES; MARLLUS BRAGA SOARES; NASSER AMARAL ELLER

##### RESUMO

Paciente 50 anos, sexo feminino, portadora de pancreatite crônica idiopática com dor abdominal crônica intratável, perda de peso, vômitos e esteatorréia. Nos exames de imagem foi evidenciada dilatação do ducto de wirsung com calcificações em sua luz que se estendiam desde a cabeça até a calda pancreática. A paciente foi submetida a pancreatojejunostomia latero-lateral em Y Roux (cirurgia de Puestow) videolaparoscópica e durante tal procedimento foi utilizado um coledocoscópio de 3 mm para a exploração do ducto pancreático principal em sua porção mais proximal na cabeça pancreática próximo a papila, e de basket para a remoção dos cálculos encontrados. O procedimento cirúrgico teve duração de x horas e transcorreu sem intercorrências.

## Área

## CIRURGIA GINECOLÓGICA

**Apresentação: Poster**

#### 111 - RETOSSIGMOIDECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA NO TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE INTESTINAL. EXPERIÊNCIA DE 158 CASOS

VLADIMIR SCHRAIBMAN; MARINA GABRIELLE EPSTEIN; ROSA MARIA NEME; GABRIEL MACCAPANI; SAMUEL OKAZAKI

##### RESUMO

A endometriose com envolvimento colorretal frequentemente requer ressecção do seguimento acometido. A remoção completa de todas as lesões visíveis é considerada o tratamento adequado para endometriose, com objetivo de diminuir a recidiva. A retossigmoidectomia laparoscópica para endometriose intestinal ainda é um desafio. Objetivo: avaliar os resultados obtidos em um grupo de pacientes submetidas a retossigmoidectomia videolaparoscópica. Materiais e métodos: foram selecionadas pacientes com endometriose de foco retal com indicação de tratamento cirúrgico. Resultados: 158 retossigmoidectomias por endometriose intestinal (30 meses) Tempo cirúrgico: 120 min (90-420 min) Tempo de internação 3 dias (3-11 dias) 0% de taxa de conversão/ Fístulas 0% 1 perfuração intestinal (6 cirurgias prévias) Colostomia de proteção 0% (27% dos casos invadiam reto baixo) transfusão de hemoconcentrados: 0% / UTI 0% Hernia incisional: 3,6% / Infecção de ferida operatória 1,8% 1 estenose retal- dilatação com balão Fertilização em 1 ano - 36/158 Melhora da dor: 98% (1-36 meses) Discussão: A cirurgia laparoscópica para ressecção da endometriose profunda do septo retovaginal é procedimento complexo que requer certo grau de experiência do cirurgião, porque são necessárias disseções extensas próximas ao ureter, aos vasos uterinos e ao reto. excisão completa da lesão é hoje a melhor forma de tratamento nos casos em que a

paciente tem desejo de engravidar ou é sintomática. Com a cirurgia é possível a análise histológica e a retirada das lesões profundas causadoras dos sintomas. O progresso da cirurgia laparoscópica nos últimos anos tem possibilitado às pacientes com endometriose profunda do septo retovaginal tratamento seguro, com rápida recuperação pós-operatória e baixa morbidade. Concluímos, enfatizando que os procedimentos colorretais laparoscópicos tem sido apontados pela literatura mundial como seguros, tempo cirúrgico próximo ou semelhante ao acesso convencional, menores índices de complicações pulmonar e tromboembólica, melhor evolução clínica, além de resultado cosmético superior.

**Apresentação: Poster**

### 112 - DIAGRAMA PARA MAPEAMENTO DA ENDOMETRIOSE

RICARDO BASSIL LASMAR; BERNARDO PORTUGAL LASMAR; CLAUDIA PILLAR GIORDANO

#### RESUMO

A endometriose é uma doença que acomete cerca de 10% das mulheres em idade reprodutiva, apresentando prevalência de 30 a 50% nas pacientes com infertilidade. Do ponto de vista anatomoclínico, é descrita em três formas: peritoneal ou superficial, ovariana e infiltrativa profunda, que podem estar associadas na mesma paciente. Diversos sítios podem estar acometidos na doença e quando há lesão importante alterando o funcionamento de alguns órgãos a cirurgia parece estar bem estabelecida. Recentemente, no serviço do Hospital Universitário Antonio Pedro, foi desenvolvido um diagrama para mapeamento das lesões da endometriose. Este trabalho será publicado pela revista da FIGO nos próximos meses. Trata-se de um diagrama com distribuição anatômica e visual dos possíveis focos de endometriose. A idéia é de preencher o diagrama antes da cirurgia baseado no exame físico da paciente auxiliado pelos exames de imagem. Com o diagrama em mãos no centro cirúrgico todas as lesões estarão bem documentadas, facilitando a tática cirúrgica e minimizando possíveis tratamentos incompletos. Não há necessidade de levar o prontuário da paciente para a sala cirúrgica. Além disso, o diagrama permite, no pós-operatório, que a propedêutica seja avaliada evidenciando as falhas diagnósticas, ao comparar-se os achados cirúrgicos com o diagrama pré-operatório. A apresentação na forma de poster possibilitará a apresentação do diagrama e orientará, através de exemplos, o seu preenchimento.

**Apresentação: Poster**

### 113 - HÁ PAPEL PARA CIRURGIA DE PORTAL ÚNICO NA GINECOLOGIA ONCOLÓGICA? RESULTADOS INICIAIS DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA ONCOLÓGICA NO BRASIL

MARCELO DE ANDRADE VIEIRA; AUDREY TIEKO TSUNODA; CARLOS EDUARDO MATTOS ANDRADE; MARCELO SIMONSEN; JOSE HUMBERTO GUERREIRO FREGNANI

#### RESUMO

Introdução: A cirurgia laparoscópica por portal único ("Single Port") vem sendo empregada para procedimentos em diversas especialidades cirúrgicas com a intenção de reduzir cada vez mais a morbidade das técnicas minimamente invasivas. Objetivos: descrever os resultados iniciais de laparoscopia por portal único no Hospital de Câncer de Barretos. Materiais e métodos: coleta prospectiva de dados de 34 mulheres submetidas a cirurgia por portal único de Setembro/2011 a Abril/2012. Resultados: Os procedimentos realizados foram: salpingooforectomia uni ou bilateral

(n=27), histerectomia extrafascial (n=4) e ooforopexia extra-pélvica (n=3). A média de idade das pacientes foi de 43 anos, o índice de massa corporal médio de 27,6 e o tempo cirúrgico médio de 65 minutos. O sangramento máximo mensurado foi de 40ml. Todas as pacientes receberam alta em um período de 12 a 24 horas, não se registrando qualquer complicação cirúrgica até o trigésimo dia pós-operatório. Em um caso, na qual foi realizado histerectomia associada à colecistectomia, houve necessidade de conversão para videolaparoscopia pela dificuldade técnica da sutura do ducto cístico. Conclusão: a cirurgia minimamente invasiva por portal único nessa pequena série de casos mostrou ter papel em oncologia ginecológica e, ser factível, em pacientes selecionadas com mínima morbidade, tempo cirúrgico semelhante à cirurgia laparoscópica convencional e alta precoce. Entretanto, estudos com casuísticas maiores são necessários para validação desta técnica em pacientes oncológicos brasileiros.

**Apresentação: Poster**

### 114 - AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DE MASSAS ANEXIAIS EM AMBIENTE UNIVERSITÁRIO

SOFIA MARTINS; RAQUEL LIMA; FÁBIO OHARA; HELIZABET SALOMÃO A. AYROZA RIBEIRO; FÁBIO SAKAE KUTEKEN; JOSÉ MENDES ALDRIGHI; PAULO AUGUSTO AYROZA GALVÃO RIBEIRO

#### RESUMO

INTRODUÇÃO: A patologia anexial pode ser encontrada em mulheres portadoras de queixa ginecológica ou assintomáticas. Dentre os tumores primários de ovário 80% são císticos e, na terceira década de vida, os tumores benignos respondem por 94% de todas as massas anexiais. Além dos reconhecidos benefícios da videolaparoscopia, como diminuição da morbidade cirúrgica, rápida recuperação pós-operatória, diminuição do tempo de internação e menor trauma cirúrgico sobre as estruturas pélvicas com menor impacto sobre a fertilidade futura, a via videolaparoscópica permite complementação do diagnóstico suscitado pelos exames de imagem e tratamento definitivo no mesmo ato cirúrgico, sendo considerada a abordagem ideal para as patologias anexiais benignas. OBJETIVO: Avaliar a viabilidade e a eficácia do tratamento videolaparoscópico das patologias anexiais em ambiente universitário. METODOLOGIA: Foram avaliadas 299 pacientes submetidas à cirurgia videolaparoscópica, no período de janeiro de 2008 a janeiro de 2012, no Setor de Endoscopia Ginecológica e Endometriose, do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Destas, 181 foram submetidas à laparoscopia por patologias anexiais, 88 à histerectomia por patologias uterinas benignas e 30 à retossigmoidectomia por endometriose intestinal. Neste trabalho, as pacientes portadoras de massas anexiais serão avaliadas quanto às seguintes variáveis: características demográficas, sintomas e queixas pré e pós operatórias, volume e aspecto da massa anexial, tipo de cirurgia (ooforectomia/ooforoplastia e/ou salpingectomia, uni ou bilateral), duração cirurgia, experiência do cirurgião, tempo de internação, complicações intra e pós operatórias e resultado anatomopatológico da massa anexial.

**Apresentação: Poster**

### 115 - HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM AMBIENTE UNIVERSITÁRIO

RODRIGO FERNANDES; ANNA LUIZA LOBÃO GONÇALVES; CARLOS BARRADAS; HELIZABET SALOMÃO ABDALLA AYROZA RIBEIRO; FÁBIO SAKAE KUTEKEN; JOSÉ MENDES ALDRIGHI; PAULO AUGUSTO AYROZA GALVÃO RIBEIRO

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO** A histerectomia é uma cirurgia amplamente realizada ao redor do mundo. No EUA e Reino Unido 33,3% e 20%, respectivamente, das mulheres menores de 70 anos são submetidas a este tipo de cirurgia em algum momento da vida. No Brasil, segundo dados SUS, em 2005 foram realizadas 107.000 histerectomias. As principais indicações de histerectomia são patologias benignas como miomas, sangramento uterino disfuncional, endometriose, prolapso uterino e hiperplasia endometrial. Existe 4 tipos de abordagem cirúrgica para a realização da histerectomia: via abdominal, via vaginal, via laparoscópica e via vaginal assistida por laparoscopia. Atualmente, observa-se um aumento do uso da via laparoscópica devido esta abordagem proporcionar menor algia pélvica pós-operatória, menor perda sanguínea, menor período de internação hospitalar, reabilitação mais rápida e menores índices de intercorrências operatórias a curto e longo prazo. **OBJETIVO** Avaliar a viabilidade e a eficácia da histerectomia videolaparoscópica em ambiente universitário. **METODOLOGIA** Foram avaliadas 299 pacientes submetidas a cirurgia videolaparoscópica no Setor de Endoscopia Ginecológica e Endometriose do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Santa Casa de São Paulo. Destas, 181 pacientes foram submetidas a videolaparoscopia por patologias anexiais, 88 pacientes submetidas a histerectomia por patologias uterinas benignas, e 30 submetidas a retossigmoidectomia por endometrioses intestinal. Neste estudo as pacientes submetidas a histerectomia foram avaliadas quanto as seguintes variáveis: data da cirurgia, idade, paridade, tipo de parto, indicação da cirurgia, volume uterino, patologias associadas, cirurgias prévias, queixas antes da cirurgia, tempo da queixa, tratamento medicamentoso e duração, cirurgia indicada, cirurgia realizada, tempo da cirurgia, complicação, tempo de internação, intercorrência pós operatória

**Apresentação: Poster****116 - DISMENORRÉIA INTENSA COMO PREDITOR DE CÓLICAS APÓS HISTEROSCOPIA SEM ANESTESIA**

*FELIPE VENTURA SESSA; CAMILLA GABRIELY SOUZA GUERRA; CLAUDIO MOURA ANDRADE JR; RAFAEL CARMADILLA CARNEIRO; CLAUDIO PEIXOTO CRISPI; LILIAN ARAGAO; MARLON DE FREITAS FONSECA*

**RESUMO**

**Introdução:** A histeroscopia diagnostica sem anestesia (HTD) é realizada frequentemente sem a administração preemptiva de nenhum analgésico. Entretanto, eventualmente, algumas pacientes referem cólicas intensas após o procedimento. Tendo em mente que os processos dolorosos crônicos são potenciais favorecedores de hiperalgesia, este estudo avaliou a associação de dismenorreia intensa com a ocorrência de cólicas importantes após realização de HTD. **Métodos:** Estudo transversal observacional conduzido no Rio de Janeiro de março de 2008 a janeiro de 2012 com 383 mulheres com idade menor que 51 anos submetidas à HTD. A pergunta "Você sente cólica menstrual mais forte que as outras mulheres?" dicotomizou as pacientes como dismenorreia intensa (N=152) ou não (N=231). A intensidade da dor foi avaliada 10 a 15 minutos após o exame através de uma escala analógica 0-10 (0 = dor ausente e 10 = dor absolutamente insuportável) e, em seguida, dicotomizada como leve/moderada (menor que 7) e intensa (maior ou igual a 7). A associação entre dismenorreia intensa e a ocorrência de dor intensa pós-exame foi avaliada com o teste não-paramétrico Chi-Quadrado (significativo se  $P < 0,005$ ). **Resultados:** A frequência de dor intensa pós-exame no grupo das pacientes com dismenorreia intensa foi maior que a do grupo sem (60,8 vs 39,2%) e esta associação foi estatisticamente significativa ( $P = 0,001$ ); razão de chances = 2,703 (intervalo de confiança de 95%: 1,476-4,949). **Conclusão:** Nossos dados

sugerem que a dismenorreia intensa seja um fator preditor de cólicas importantes após realização de HTD. O uso de analgésicos antes do exame pode beneficiar esse perfil de pacientes, evitando desconforto desnecessário.

**Apresentação: Poster****117 - MIOMATOSE UTERINA COMO POTENCIAL VARIÁVEL DE CONFUNDIMENTO NA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DOS SINTOMAS ASSOCIADOS A ENDOMETRIOSE**

*DANIEL LIBERMAN; LILIAN DE CARVALHO ARAGÃO; CLAUDIO PEIXOTO CRISPI; CAMILLA GABRIELY SOUZA GUERRA; FELIPE VENTURA SESSA; JOSÉ ANACLETO DUTRA DE RESENDE JÚNIOR; MARLON DE FREITAS FONSECA*

**RESUMO**

**Objetivo:** Verificar a associação de miomatose uterina (MU) com a intensidade dos principais sintomas associados a endometriose e com os escores de qualidade de vida dos questionários Short-form 36 (SF36) e Endometriosis Health Profile-30 (EHP30). **Métodos:** Estudo transversal observacional (julho de 2010 a maio de 2012) com candidatas a laparoscopia citorrredutora para endometriose. Em período pré-operatório, 104 mulheres responderam as versões validadas para língua portuguesa dos questionários SF36 e EHP30. Em paralelo, 5 sintomas associados a endometriose (dispareunia, dismenorreia, dor em hipogastro, disquezia menstrual e fora da menstruação) foram quantificados por escala analógica de dor. Os diagnósticos: endometriose e MU foram realizados através de ressonância nuclear magnética. A maioria dos escores não apresentou distribuição normal (testes Shapiro-Wilk e Kolmogorov-Smirnov). Logo, utilizamos teste não-paramétrico Mann-Whitney para comparar os grupos com e sem MU em relação a cada escore (significativo se  $P < 0,05$ ). Indivíduos que apresentaram missing em alguma variável foram excluídos somente da análise desta variável. **Resultados:** O grupo de portadoras de MU apresentou escores de dismenorréia significativamente maiores. Entretanto, a presença de MU não foi significativamente associada a nenhuma das demais variáveis. Os P valores para as associações foram: dismenorréia (0,001), dispareunia (0,306), dor em hipogastro (0,072), disquezia menstrual (0,575) e fora da menstruação (0,469); SF36: Função física (0,786), Aspecto físico (0,965), Dor (0,493), Saúde geral (0,576), Vitalidade (0,440), Função social (0,686), Aspecto emocional (0,279) e Saúde mental (0,360); EHP30: Dor (0,270), Controle e impotência (0,171), Bem estar emocional (0,436), Suporte social (0,394) e Auto-imagem (0,767). **Discussão:** Uma limitação deste estudo: a dicotomização da variável MU não considera diferentes graus da patologia. **Conclusão:** Miomatose uterina é uma potencial variável de confundimento na avaliação da dismenorréia em portadoras de endometriose. Estudos posteriores deverão considerar os diversos graus de MU.

**Apresentação: Poster****118 - RELATO DE CASO: ENDOMETRIOSE INGUINAL PROVOCANDO TROMBOSE VENOSA PROFUNDA FÊMORO-POPLÍTEA POR COMPRESSÃO EXTRÍNSECA**

*CAROLINA ZENDRON; ALESSANDRA VIVIANE EVANGELISTA DEMÔRO; ANA LUIZA ALVARENGA GOMES; THIAGO RODRIGUES DANTAS PEREIRA; MARCO AURÉLIO PINHO DE OLIVEIRA*

**RESUMO**

A endometriose inguinal é uma condição rara (1,5) caracterizada pela presença de glândulas e estroma endometrial na porção

extra peritoneal do ligamento redondo, podendo acometer também o tecido conjuntivo e linfático adjacente. A dor no período menstrual pode ser o único sintoma e geralmente esta variante extragenital da endometriose é confundida com uma hérnia inguinal encarcerada. Relatamos o caso de uma paciente portadora de endometriose inguinal que apresentou dois episódios de trombose venosa profunda fêmoro-poplítea por compressão de tumoração em região inguinal. **CASO CLINICO:** Mulher, branca, 37 anos de idade em acompanhamento no Serviço de Endometriose do Hospital Universitário Pedro Ernesto desde 2009 com quadro de infertilidade primária, dismenorréia progressiva e dispareunia associado a presença de tumoração dolorosa localizada em região inguinal direita que aumentava de volume e tornava-se mais dolorosa no período menstrual, regredindo de tamanho após. Relatava ainda dois episódios de trombose venosa profunda fêmoro-poplítea por compressão extrínseca à tumoração localizada em região inguinal direita. A Ressonância mostrou formação cística alongada e multiloculada com conteúdo hemático em região anexial direita, insinuando-se pelo canal inguinal correspondente medindo 10 cm, Apresentava também um CA 125 de 164. Assim, a mesma fez uso de análogo GnRh por 3 meses, sem melhora e após foi submetida a laparotomia com realização de ureterólise e ressecção dos ligamentos uterossacros bilateralmente, ressecção do ligamento redondo direito além de exérese de diversos nódulos e um linfonodo de região inguinal direita adjacentes a porção extraperitoneal do ligamento redondo do mesmo lado. **DISCUSSÃO:** A endometriose pélvica geralmente está associada à endometriose inguinal. Existem apenas dois casos de endometriose inguinal isolada, descritos na literatura (Quagliarello et al,2 e Moore ET AL, 8). O diagnóstico pré-operatório correto é difícil, exames de imagem juntamente com uma história clínica bem feita são essenciais para o diagnóstico correto. A excisão radical da endometriose inguinal é recomendada e o procedimento cirúrgico deve envolver a remoção da porção extraperitoneal do ligamento redondo com ressecção adequada, para evitar a recorrência dos sintomas.

**Apresentação: Poster**

#### 119 - EXPERIÊNCIA EM CIRURGIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS GINECOLÓGICAS EM 02 HOSPITAIS PRIVADOS - ANÁLISE DA CASUÍSTICA

LUIZ VIANNA DE OLIVEIRA; MAGNO CEZAR AMARAL DE SOUZA JUNIOR; PAULO ANDRÉ JESUINO DOS SANTOS; MARLA NIAG DOS SANTOS ROCHA; PEDRO BOTELHO DE ALENCAR FERREIRA CRUZ; RENATA CAIRES SAMPAIO; BRUNO EMANUEL COSTA E SILVA

#### RESUMO

**OBJETIVO:** Relato da casuística de cirurgias ginecológicas videolaparoscópicas em dois, realizadas pela mesma equipe cirúrgica em 107 meses. **METODOLOGIA:** Análise das cirurgias ginecológicas em um período de 107 meses, através de fichas pré-elaboradas, padronizadas, e armazenadas em um banco de dados informatizado, sendo posteriormente submetidas a análise estatística. **RESULTADOS:** Do total de 692 pacientes submetidos a cirurgia videolaparoscópica, 78 (11,4%), foram cirurgias ginecológicas videolaparoscópicas, sendo 29,5% ooforectomias, 25,6% ooforoplastias, 5,1% salpingectomias, 5,1% salpingoplastia, 7,7% miomectomia, 12,8% anexetomia, e 15,7% outras. A faixa etária média foi  $38,3 \pm 13,4$  anos (14 - 74). Em relação a classificação do estado físico da ASA, 89,7% dos pacientes eram ASA I, e 10,3 % ASA II. Antibioticoprofilaxia foi realizada em 69,2% dos pacientes e profilaxia para TEP em 37,1%. O tempo cirúrgico médio foi de  $115,2 \pm 60,0$  minutos (30-280). Dos pacientes selecionados para o estudo, 33,3% apresentaram alguma complicação pós-operatória, sendo a dor abdominal ou em sítio superficial a mais comum (25,6%). Para analgesia pós-operatória foram em-

pregados: antiinflamatórios não-esteróides 29,5%, meperidina 15,4%, codeína 7,7%, tramadol 6,4%. O tempo médio de internamento foi de  $43,7 \pm 38,2$  horas (22 - 264). Do total, 26,9 % das cirurgias foram limpas, 66,7% potencialmente contaminadas, 3,8% contaminadas e 2,6% infectadas. **CONCLUSÃO:** O relato de série concorda com a literatura e demonstra o perfil das cirurgias ginecológicas videolaparoscópicas realizadas nos hospitais analisados.

**Apresentação: Poster**

#### 120 - EXCLUSÃO RENAL POR ENDOMETRIOSE: RELATO DE CASO

ANA LUIZA ALVARENGA GOMES; ALESSANDRA VIVIANE EVANGELISTA DEMÔRO; CAROLINA ZENDRON; THIAGO RODRIGUES DANTAS PEREIRA; MARCO AURÉLIO PINHO DE OLIVEIRA

#### RESUMO

A endometriose é uma doença de etiologia e fisiopatologia pouco conhecidos, com comportamento incerto e com diversas formas de apresentações clínicas (Schor et. al 2005). Cada vez mais a forma infiltrativa profunda (EIP) vem ganhando espaço, representando 20 a 35% dos casos de endometriose (Daraí 2007). A frequência relativa de envolvimento vesical, de ureter e dos rins são de 40:5:1, respectivamente. Entretanto a endometriose ureteral intrínseca é rara e acomete a minoria dos casos. Relato de caso: paciente de 32 anos atendida na triagem do ambulatório de endometriose no Hospital Universitário Pedro Ernesto, apresentando hidronefrose em rim esquerdo devido a obstrução ureteral por foco de endometriose, além de endometriose infiltrativa profunda em compartimento posterior. A cintilografia renal solicitada no primeiro atendimento demonstrou que o rim esquerdo já não apresentava mais função renal. **DISCUSSÃO:** A endometriose é uma doença que comumente acomete o trato reprodutivo, mais frequentemente os ovários. O trato genitourinário é menos acometido, sendo a bexiga o sítio mais comum de envolvimento. O acometimento ureteral pode levar a uma alta morbidade, incluindo falência renal por uma obstrução silenciosa. Pouco mais de 50% das pacientes são assintomáticas e um dado relevante é que mais de 47% dos pacientes sofrem nefrectomia pois o rim não apresenta mais função ou porque a lesão imita células transicionais de carcinoma. Nos últimos 12 meses o serviço de Endometriose do Hospital Pedro Ernesto recebeu 2 pacientes com menos de 35 anos de idade com obstrução ureteral por endometriose levando a exclusão renal. O protocolo de acompanhamento deste serviço é sugerido neste trabalho e inclui o acompanhamento através de exames de imagem das vias urinárias, pelo menos de 6 em 6 meses, em pacientes portadoras de lesões infiltrativas profundas de compartimento posterior, principalmente nos casos de nódulos retrocervicais.

**Apresentação: Poster**

#### 121 - RELATO DE CASO: ENDOMETRIOSE E INFERTILIDADE - INSUCESSO NA FIV COM ÚTERO DE SUBSTITUIÇÃO

ANA LUIZA ALVARENGA GOMES; ALESSANDRA VIVIANE EVANGELISTA DEMÔRO; CAROLINA ZENDRON; PAULO GALLO DE SÁ; THIAGO RODRIGUES DANTAS PEREIRA; MARCO AURÉLIO PINHO DE OLIVEIRA

#### RESUMO

O útero de substituição é a técnica de reprodução assistida que consiste na inseminação artificial ou fertilização in vitro, em que uma mulher (doadora) gera um bebê com intenção de entregá-lo a mãe biológica, solicitante do procedimento. Há necessidade de parentesco entre as partes, além de limitar os procedimentos às

situações nas quais há um problema médico que impossibilite a solicitante de gerar um filho. Caso Clínico: N.K.N., 27 anos, desejava engravidar, mas possuía Síndrome de Rokitsanski. O diagnóstico ocorreu aos 15 anos devido amenorréia primária. Foi solicitado dosagens hormonais, espermograma, USG transvaginal, RNM de pelve e indicado útero de substituição. Para doadora, sua cunhada (C.C.P.): histeroscopia, dosagens hormonais e USG transvaginal. N.K.N. e seu parceiro apresentavam função ovariana e espermograma normais, mas em relação aos exames da doadora a mesma apresentou um CA125 de 126 UI/mL. CCP, estava com 32 anos, referia ser assintomática, negou dismenorréia, dispareunia e dor pélvica. G1P1 (1 parto normal). Ao exame clínico apresentava útero de tamanho normal, pouco móvel, espessamento de ambos os ligamentos úterosacros. Ao toque retal: mucosa lisa e abaulamento extrínseco há 9 cm da borda anal. Casal apresentou parecer do CREMERJ favorável ao útero de substituição com sua cunhada. A doadora trouxe novo CA 125 que foi de 106 UI/mL. Foi prescrito para ambas análogo agonista de GnRH dose única para programar início do estímulo. N.K.N foi estimulada por um período de 10 dias com produção de 8 embriões tipo A e B. C.C.P (doadora) recebeu estímulo endometrial e após o preparo adequado foram transferidos 2 embriões. Não ocorreu gravidez. Com esse resultado foi programado novo estímulo e nova transferência, mas novamente não resultou em gravidez. Após 6 meses do último estímulo, C.C.P começou com quadro de dirmenorréia, dispareunia e disquezia menstrual. O CA125 aumentou e a mesma procurou atendimento no ambulatório de Endometriose no Hospital Universitário Pedro Ernesto; o exame clínico era semelhante ao anterior e a RNM evidenciada endometriose infiltrativa profunda. DISCUSSÃO: Ao se avaliar função reprodutiva vesus endometriose, alguns trabalhos observacionais de FIV mostraram que a taxa de fecundidade é menor em pacientes com endometriose quando comparada com mulheres com fator tubário e com infertilidade sem causa aparente, além de apresentar piores resultados em todos os marcadores reprodutivos, resultando em taxas de gravidez de quase a metade das do grupo sem endometriose. No caso em questão, o questionamento está no fato da paciente portadora de endometriose ser apenas a receptora do embrião. Não existem até o momento, evidências que suportem a teoria de que pacientes com endometriose possuem alterações no endométrio tóxico que justifique a falha de implantação embrionária. Sendo assim mais estudos devem ser realizados para que possamos concluir se existe essa correlação.

**Apresentação: Poster**

**122 - RESULTADO A LONGO PRAZO DO SISTEMA INTRAUTERINO DE LEVONORGESTREI VERSUS BALÃO TÉRMICO PARA O TRATAMENTO DO SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL: UM ESTUDO RANDOMIZADO E CONTROLADO**

SÉRGIO SIMÕES DE SOUZA; AGNALDO LOPES DA S. FILHO; FRANCISCO DE ASSIS N. PEREIRA; AROLDO FERNANDO CAMARGOS; ANA PAULA C. ROCHA; CAROLINA N. VALADARES

**RESUMO**

Introdução: O sangramento uterino anormal (SUA) é uma condição que afeta aproximadamente 22% das mulheres na menacme, sendo realizadas 21.000 histerectomias a cada ano nos Estados Unidos por esse motivo. Este estudo visa comparar resultados a longo prazo do sistema intrauterino de Levonorgestrel (SIU-LNG) versus Balão Térmico (TB), no tratamento do sangramento uterino anormal. Metodologia: estudo prospectivo e randomizado de 58 mulheres com SUA tratadas com SIU-LNG (n=30) ou BT (n=28). Foram avaliadas taxas de histerectomia, nível de hemoglobina, padrão de sangramento, qualidade de vida e índice de satisfação. Comparação entre os grupos foi realizada pelos testes Qui-qua-

drado e "t" não pareado e pareado. Resultados: após 5 anos de follow up, as mulheres submetidas à ablação por Balão Térmico foram associadas à maior taxa de histerectomia, comparadas com o grupo do SIU-LNG (24% vs 3.7%, p=0,0039). O grupo do SIU-IUS resultou em maiores níveis de hemoglobina em comparação com o grupo do BT (14.1±0.3 vs. 12.7±0.4 g/dl, p=0.009). Sangramento menstrual foi significativamente mais baixo no SIU-LNG quando comparado com o grupo do BT (p<0.001). Os índices de bem estar geral foram similares nos dois grupos (LNG-IUS 100.4 ± 5.8 vs. TBA 90.1 ± 6.1, p=0.247). Aceitabilidade das pacientes, percepção da melhora clínica e taxas de satisfação geral foram significativamente maiores nas mulheres usando SIU-LNG. Conclusão: o tratamento a longo prazo do sangramento uterino anormal com o SIU-LNG foi associado à maior eficácia e taxas de satisfação, comparados com a ablação por Balão Térmico. Palavras chave: Sangramento uterino anormal. Ablção por Balão Térmico. Sistema intrauterino de Levonorgestrel. Endométrio.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**123 - CIRURGIA PRESERVADORA DE FERTILIDADE EM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO É FACTÍVEL PELA VIA LAPAROSCÓPICA? DESCRIÇÃO DA TÉCNICA E EXPERIÊNCIA INICIAL EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA ONCOLÓGICA DO BRASIL**

MARCELO DE ANDRADE VIEIRA; AUDREY TIEKO TSUNODA; CARLOS EDUARDO MATTOS ANDRADE; RAFAEL RASTEIRO; JOSE HUMBERTO GUERREIRO FREGNANI

**RESUMO**

Introdução: A cirurgia de Dargent (traquelectomia radical por via vaginal) é indicada para mulheres jovens com câncer cervical em estágio inicial que desejam preservar a fertilidade. Contudo é pouco realizada em virtude da dificuldade na disseção ureteral e parametrial. Objetivo: relatar dois casos de traquelectomia radical por via laparoscópica realizados no Hospital de Câncer de Barretos. Descrição dos casos: Os procedimentos foram realizados em mulheres jovens (26 e 30 anos), com adenocarcinoma do colo em estádios iniciais (FIGO: IA2, IB1). Em ambos os casos realizou-se ligadura das artérias uterinas na emergência das artérias ilíacas internas, sendo a irrigação uterina mantida por meio das artérias ováricas. Os paramétrios foram seccionados no plano dos ureteres (parametrectomia à Piver II/ Tipo B). Realizou-se colpotomia a 1cm dos fórnices e a cervicotomia a 0,5cm abaixo do istmo. A cerclagem do colo remanescente e a sutura com a vagina foram realizadas por acesso vaginal. Nos dois casos os ovários e tubas uterinas foram preservadas e as linfonodectomias ilíaco-obturatórias realizadas. O tempo cirúrgico variou de 240 a 260 minutos e sangramento mesurado máximo foi de 30ml. Os laudos anatomopatológicos revelaram margens cirúrgicas livres e ausência de comprometimento linfonodal. As altas hospitalares ocorreram nas primeiras 24h após o procedimento, não se registrando qualquer complicação cirúrgica até o trigésimo dia pós-operatório. Conclusão: Esta técnica mostrou-se factível e viável por laparoscopia, podendo ser considerada uma alternativa à cirurgia de Dargent. Entretanto é necessária uma casuística maior para validação destes resultados.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**124 - COLPOSSACROFIXAÇÃO E BURCH LAPAROSCÓPICOS**

SOFIA MARTINS; HELIZABET SALOMÃO AAYROZA RIBEIRO; FABIO SAKAE KUTEKEN; JOSÉ MENDES ALDRIGHI; PAULO AUGUSTO AYROZA GALVÃO RIBEIRO

**RESUMO**

A colossacrofixação com tela via videolaparoscópica é considerado tratamento padrão ouro para o prolapso apical e primeira escolha nos casos de recidiva. Entretanto, a necessidade de conhecimento detalhado da anatomia do assoalho pélvico, bem como do domínio da técnica de sutura laparoscópica, restringem a realização deste procedimento a um pequeno número de cirurgiões ginecológicos. O objetivo deste vídeo é demonstrar a anatomia do assoalho pélvico e do espaço de Retzius e as técnicas de colossacrofixação e Burch videolaparoscópicas.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**125 - CIRURGIA POR PORTAL ÚNICO EM ONCOLOGIA GINECOLÓGICA. REALIDADE EM UM CENTRO DE REFERENCIA ONCOLÓGICA NO BRASIL. DESCRIÇÃO DA TÉCNICA CIRÚRGICA**

MARCELO DE ANDRADE VIEIRA; AUDREY TIEKO TSUNODA; CARLOS EDUARDO MATTOS ANDRADE; MARCELO SIMONSEN; JOSE HUMBERTO GUERREIRO FREGNANI

**RESUMO**

Introdução: A cirurgia laparoscópica por "Single Port" (portal único), atualmente, é realidade em países de primeiro mundo e mais recentemente no Brasil, particularmente na área de Ginecologia Oncologia. Esta técnica veio para reduzir ainda mais a morbidade da cirurgia minimamente invasiva. Objetivos: descrever o ponto de vista técnico procedimentos oncológicos como ooforectomia, "debulking" linfonodal e transposição ovariana realizada laparoscopicamente por portal único no Hospital de Câncer de Barretos. Materiais e Métodos: No Hospital de Câncer de Barretos estão disponíveis dois tipos de dispositivos de acesso à cavidade abdominal (SILS®—Covidien® e Johnson-Johnson®). Inicia-se o procedimento com incisão na cicatriz umbilical, 2 a 3cm de extensão, lateralmente à esquerda,. Segue-se com a abertura por planos da cavidade abdominal pela técnica de Hasson (pneumoperitônio por via aberta, sem punção) e, após abertura do peritônio, introduz-se o dispositivo de acesso que auxilia na cirurgia de portal único. O procedimento é realizado com ótica de 30 graus de 10mm, duas pinças não articuladas de 5mm, uma de apreensão e outra pinça de energia do tipo Ligasure®, Ensil®, ou Harmonic®. Na realização da ooforectomia os ureteres são visualizados por transparência (transperitoneal) no cruzamento sobre a bifurcação das artérias ilíacas. Os ovários são removidos após a ligadura dos ligamentos largos, infundíbulos ovarianos e ligamentos útero-ováricos. Os ovários e tubas são apreendidos e retirados pela incisão da cicatriz umbilical ou pelo dispositivo de acesso. Na transposição ovariana realizamos ressecção dos ligamentos útero-ováricos e ligamento largos e fixação dos ovários a 3cm das fossas ilíacas. Conclusão: as técnicas descritas para procedimentos em oncologia ginecológica como ooforectomia, transposição ovariana e "debulking" linfonodal mostraram ser factíveis através de portal único, entretanto havendo a necessidade de dispositivo específico para o acesso à cavidade abdominal.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**126 - LINFONODECTOMIA PÉLVICA E PARA-AÓRTICA EM CÂNCER GINECOLÓGICO. DESCRIÇÃO TÉCNICA DO PROCEDIMENTO REALIZADO NO HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS**

MARCELO DE ANDRADE VIEIRA; AUDREY TIEKO TSUNODA; CARLOS EDUARDO MATTOS ANDRADE; JOSE HUMBERTO TAVARES FREGNANI

**RESUMO**

Introdução: A linfonodectomia pélvica e para-aórtica é parte da rotina cirúrgica de cirurgiões oncológicos, principalmente em cânceres ginecológicos. Por ser este procedimento parte do programa de treinamento dos médicos residentes em oncologia cirúrgica, faz-se necessária a padronização desta técnica. Objetivos: descrever a técnica da linfonodectomia pélvica e para-aórtica realizado pelo Departamento de Ginecologia Oncológica do Hospital de Câncer de Barretos. Materiais e Métodos: A técnica de Veres é utilizada para a realização do pneumoperitônio seguida pela punção da cavidade abdominal com trocar de 10 a 12mm na cicatriz umbilical. Realizam-se três punções subsequentes de 5mm em fossa ilíaca esquerda e direita e supra-púbica. Os seguintes princípios são seguidos para o procedimento: 1) Identificação dos parâmetros anatômicos; 2) Ressecção dos linfonodos e; 3) Retirada dos linfonodos em "endobags". Os parâmetros anatômicos utilizados para a linfonodectomia para-aórtica são: veia renal esquerda (superiormente), ureteres (lateralmente) e bifurcação da aorta (inferiormente). Na linfonodectomia pélvica, as seguintes referências anatômicas são tomada por referência: ramo femoral do nervo genitofemoral (lateralmente), artéria umbilical obliterada (medialmente), bifurcação da artéria ilíaca comum (cranialmente), veia circunflexa ilíaca profunda (caudalmente) e nervo obturador (posteriormente). Conclusão: após a padronização destes procedimentos o aprendizado dos residentes tornou-se mais didático, favorecendo uma curva de aprendizado mais rápida.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**127 - OVÁRIO-HISTERECTOMIA POR VIDEOCIRURGIA (VIA NOTES VAGINAL HÍBRIDA), CELIOTOMIA OU MINICELIOTOMIA EM CADELAS**

FERNANDO WIECHETECK DE SOUZA; MAURÍCIO VELOSO BRUN; MARÍLIA TERESA OLIVEIRA; JOÃO PEDRO S. FERANTI; ROSE K.R. CORRÊA; RENAN IDALÊNCIO; APARICIO M. QUADROS

**RESUMO**

A ovário-histerectomia (OVH) eletiva em cadelas é o procedimento realizado com maior frequência na cirurgia de pequenos animais. Novas técnicas cirúrgicas minimamente invasivas vem sendo estudadas para tentar reduzir problemas associados a essa operação, buscando minimizar dor pós-operatória, a hemorragia transoperatória e o período de convalescença. Nesse trabalho foram utilizados três grupos de sete animais (GI, GII e GIII), submetidos a três técnicas de OVH eletiva: por miniceliotomia ("técnica do gancho"), via cirurgia endoscópica por orifícios naturais (NOTES) híbrida, sendo estas duas o cirurgião ainda em fase inicial de curva de aprendizagem das técnicas, e por celiotomia ("técnica convencional"). Realizou-se a comparação entre estas técnicas cirúrgicas levando-se em consideração o tempo de cirurgia, as complicações e dificuldades técnicas trans e pós-operatórias, a ocorrência de dor pós-operatória, a quantidade (g) de sangramento cirúrgico, além da determinação de determinados parâmetros vitais como: frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (f), temperatura retal, pressão arterial (média) invasiva (PAI) e a pressão venosa central (PVC). A OVH via NOTES vaginal híbrida foi a técnica que apresentou menor escore de desconforto pós-operatório, menor sangramento cirúrgico, porém com maior tempo cirúrgico comparado com as modalidades convencional e por miniceliotomia.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**128 - LIGADURA TEMPORÁRIA DE ARTÉRIAS UTERINAS EM MIOMECTOMIA LAPAROSCÓPICA - TÉCNICA CIRÚRGICA**

HELIZABET SALOMÃO ABDALLA AYROZA RIBEIRO; RODRIGO FERNANDES; SOFIA MARTINS; JOSÉ MENDES ALDRIGHI; PAULO AUGUSTO AYROZA GALVÃO RIBEIRO

## RESUMO

**INTRODUÇÃO** A miomectomia laparoscópica é considerada por muitos cirurgiões ginecológicos como um desafio. O sangramento intra operatório associado a sutura laparoscópica fazem parte deste desafio. O uso do análogo do GnRH leva a diminuição do tamanho do mioma mas também à perda do plano de clivagem. A ligadura temporária das artérias uterinas surge como uma opção possibilitando melhor controle do sangramento e melhor resultado cirúrgico. **OBJETIVO** Demonstrar a técnica cirúrgica da ligadura temporária das artérias uterinas na miomectomia laparoscópica **METODOLOGIA** Realizada miomectomia laparoscópica com ligadura temporária das artérias uterinas com clamp metálico e sutura laparoscópica

**Apresentação: Vídeo Livre**

### **129 - TRAQUELECTOMIA COM MANGUITO VAGINAL, TOTALMENTE VIDEOLAPAROSCÓPICA, EM PACIENTE COM HISTERECTOMIA SUBTOTAL PREVIA: UMA OPÇÃO TERAPEUTICA SEGURA EM ONCOLOGIA**

THIAGO BARAÚNA LOPES DA SILVA; AUDREY TIEKO TSUNODA; MARCELO ANDRADE VIEIRA; CARLOS EDUARDO MATTOS DA CUNHA ANDRADE; JOSÉ HUMBERTO TAVARES GUERREIRO FREGNANI

## RESUMO

**Introdução:** Até 24,3% das mulheres submetidas a histerectomia subtotal (HST) apresentam sintomas atribuídos a presença do colo uterino. Ademais, existe a possibilidade de surgimento de lesões HPV-induzidas no colo. A traquelectomia é o tratamento cirúrgico neste contexto, seja por via vaginal, abdominal ou laparoscópica. **Objetivo:** Descrever a técnica cirúrgica em vídeo editado de traquelectomia com manguito vaginal totalmente videolaparoscópica, em paciente oncológica com HST prévia. **Descrição do caso/Técnica:** Paciente de 59 anos, com HST há 27 anos, cuja biópsia de colo apresentava lesão intraepitelial cervical de alto grau, foi inicialmente submetida a conização à frio. Evoluiu com recidiva da lesão (1,5x1,0cm) junto ao orifício cervical externo e na parede vaginal súpero-lateral direita. Realizada traquelectomia videolaparoscópica com manguito vaginal, cuja técnica consistiu em: marcação dos limites da lesão vaginal com pontos ao teste de Schiller; posicionamento de gaze montada endovaginal (manipulador do colo); com 4 trocateres (11/5/5/5mm) em Trendelenburg; dissecação do espaço vesico-uterino; dissecação do ureter direito firmemente aderido ao colo pela cirurgia prévia; abertura do peritônio posterior e ligadura dos uterossacos; ligadura dos vasos uterinos com seladora bipolar; colpotomia incluindo margem vaginal pré-marcada e retirada da peça cirúrgica via vaginal; e colpórrafia (sutura contínua ancorada). Perda sanguínea=40ml. Houve boa evolução pós-operatória, com alta hospitalar em 12 horas. O anatomopatológico evidenciou carcinoma de células escamosas microinvasivo, margens cirúrgicas livres. **Conclusão:** A via laparoscópica pode ser considerada para a realização de traquelectomia com manguito vaginal. Neste caso, a técnica atingiu resultado oncológico satisfatório, associada à baixa morbidade da cirurgia minimamente invasiva.

**Apresentação: Vídeo Livre**

### **130 - OOFORRECTOMIA ESQUERDA SINGLE-PORT EM CISTADENOMA SEROSO DE 5000CM<sup>3</sup>**

WILLIAM KONDO; MONICA TESSMANN ZOMER; ROBERTO MALUF; REITAN RIBEIRO; JAMES SKINOVSKY; MAURICIO CHIBATA; FERNANDA KEIKO TSUMANUMA

## RESUMO

A cirurgia laparoscópica tem um papel fundamental no manejo de doenças benignas ginecológicas. Mais recentemente, a cirurgia laparoscópica transumbilical por acesso único (single-port) tem sido utilizada como uma via de acesso alternativa à laparoscopia tradicional, com o intuito de tornar o procedimento cirúrgico ainda mais minimamente invasivo. Nesta técnica, o procedimento é realizado utilizando apenas uma incisão no umbigo, reduzindo a morbidade de incisões adicionais e melhorando o resultado estético final. Neste vídeo demonstramos a abordagem de um cisto ovariano volumoso por meio de cirurgia laparoscópica single-port.

**Apresentação: Vídeo Livre**

### **131 - MIOMECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA**

RAQUEL SILVEIRA DA CUNHA ARAÚJO; RAQUEL FERREIRA LIMA; BEATRIZ TALIBERTI DA COSTA PORTO; HELIZABET SALOMÃO A. AYROZA RIBEIRO; JOSE MENDES ALDRIGHI; PAULO AUGUSTO AYROZA GALVÃO RIBEIRO

## RESUMO

Apresentação do vídeo da cirurgia de uma paciente de 32 anos com desejo gestacional há 3 anos sem sucesso. Durante exames de investigação de infertilidade primária foi diagnosticado miomatose uterina, ao exame ultrassonográfico presença de quatro nódulos sugestivos de mioma, o maior medindo 6cm no maior eixo. Portanto com indicação de miomectomia, cirurgia realizada: miomectomia videolaparoscópica sem ligadura de artérias uterinas.

**Apresentação: Vídeo Livre**

### **132 - ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA DA PELVE CONGELADA POR ENDOMETRIOSE PROFUNDA COM USO DE ENERGIA MONOPOLAR**

ALYSSON ZANATTA; MARCELO PELLISSIER JR.; LEONARDO CAVA; RICARDO LUIZ MACHADO; PAULA BEATRIZ FETTBACK

## RESUMO

Pesquisadores e cirurgiões comumente advogam pelo uso criterioso (ou mesmo pela contra-indicação) da energia monopolar em cirurgias laparoscópicas, especialmente em casos de endometriose profunda, onde há grande distorção anatômica. Entretanto, a energia monopolar é uma das formas de energia mais precisas e eficazes, além de ser facilmente disponível. Este vídeo descreve a técnica cirúrgica para a abordagem da pelve "congelada" por endometriose profunda utilizando a energia monopolar como a principal fonte de energia. Uma paciente de 30 anos com dismenorrea e infertilidade secundária associadas à endometriose foi submetida à ressecção radical da doença. Os procedimentos laparoscópicos incluíram ureterólise bilateral, dissecação de parede pélvica lateral (incluindo identificação e preservação dos nervos hipogástricos inferiores e das porções craniais dos plexo hipogástricos inferiores), ooforopexia temporária, apendicectomia e retossigmoidectomia. Não houve lesões neurológicas ou outras complicações diretas. A paciente não tem sinais clínicos da doença em 1 ano de seguimento, e se encontra com gestação de 9 semanas após realização de fertilização in vitro. A energia monopolar pode ser usada com segurança em cirurgias laparoscópicas para casos severos de endometriose profunda.

**Apresentação: Vídeo Livre****133 - TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO CONSERVADOR DE TUMOR OVARIANO SEROSO BORDERLINE COM PADRÃO MICROPAPILÍFERO: RELATO DE CASO**

ALYSSON ZANATTA; GIOVANNI FAVERO; ALFONSO MASSAGUER; RONEY CESAR SIGNORINI FILHO; GABRIEL LOWNDES DE SOUZA PINTO; LUCIANO GIBRAN

**RESUMO**

Cirurgias conservadoras com preservação da fertilidade podem ser consideradas para mulheres jovens selecionadas portadoras de tumores ovarianos serosos borderline (SBOT). Entretanto, o significado prognóstico de um subtipo especial, o tumor seroso borderline com padrão micropapilífero (SBOT-MP), ainda é incerto. Entre os raros casos relatados, a laparoscopia não é citada como opção de tratamento. Relatamos o caso de paciente de 40 anos, assintomática, nuligesta, e com achado incidental de massas ovarianas complexas bilaterais à ultrassonografia. A paciente tinha um forte desejo de preservação da função reprodutiva, e também da função hormonal ovariana. Na cirurgia laparoscópica de estadiamento, foram realizados ooforoplastia esquerda e anexectomia direita, com diagnóstico intraoperatório (por biópsia de congelação) de SBOT. Não havia sinais de doença extra ovariana. O diagnóstico histológico final foi de SBOT-MP, o que levou a um procedimento laparoscópico de restadiamento. Antes deste, fez-se a estimulação hormonal do ovário residual, e 6 (seis) oócitos foram coletados e congelados. Os procedimentos de restadiamento foram biópsias peritoneais, biópsia de ovário esquerdo residual, e omentectomia infracólica. Não havia sinais de recidiva da doença, e as biópsias foram negativas para neoplasia. A paciente se encontra com 30 meses de seguimento desde o diagnóstico ultrassonográfico inicial e sem sinais clínicos de doença. Ela menstrua regularmente, e no momento não está tentando concepção. A laparoscopia pode ser considerada como opção para o estadiamento e restadiamento de pacientes com SBOT-MP.

**Apresentação: Vídeo Livre****134 - RETIRADA DE DIU EXTRA-UTERINO POR VIA LAPAROSCÓPICA**

DANIEL FRANCISCO VIRIATO DOS SANTOS; JORGE ALBERTO DE RESCALA; ALVARO NONATO DE SOUZA; CARLOS ANDRADE ALMEIDA; ANDRE LUIS BARBOSA ROMEO; RODRIGO PRIMITIVO MATOS SANTOS; PRIMALDO DE OLIVEIRA COSTA FILHO

**RESUMO**

O dispositivo intrauterino (DIU) é uma forma de controle de gravidez reversível, utilizado mundialmente, sendo que uma das suas complicações é a perfuração uterina, evento estimado em uma para mil inserções. A maioria dos quadros de perfuração é assintomática, sendo o diagnóstico realizado após o controle ultrassonográfico ou na eventualidade de gravidez indesejável. Alguns autores relatam que a retirada do DIU intra-abdominal pode não ser necessária contudo a Organização Mundial de Saúde indica a retirada deste. A principal complicação do DIU intra-abdominal é a perfuração do colón. Atualmente a videolaparoscopia é o método de eleição para retirada do DIU extra-uterino. Os autores relatam caso de paciente feminina, 26 anos, com quadro de dor abdominal após passagem de DIU de cobre em outro serviço há +/- três semanas. Relata que veio com quadro de dor por três dias após o procedimento, sendo realizada ultrassonografia transvaginal que evidenciou presen-

ça de DIU em fundo de saco de Douglas e radiografia simples de abdômen que demonstrou presença de DIU em topografia dos anexos esquerdos. Realizada videolaparoscopia com passagem de câmera de 30° em região supra-umbilical por trocáter de 10 mm e dois trocáteres de 5 mm em região de cristas ilíacas. Após inspeção de toda a cavidade abdominal foi visualizado processo inflamatório em fossa ovárica esquerda e aderências entre o colón sigmóide, grande epíplon e anexos esquerdos. Lisadas as aderências observou-se o DIU que foi liberado através de dissecação, não sendo visualizada lesão penetrante em colón sigmóide. Revisada e aspirada a cavidade pélvica retirou-se o DIU por trocater de 10 mm em região ilíaca direita. A paciente recebeu alta no 1º dia de pós-operatório sem intercorrências. Este relato de caso encontra suporte na literatura, que sugere a condução de situações como a referida através da videolaparoscopia.

**Apresentação: Vídeo Livre****135 - RESSECÇÃO LAPAROSCÓPICA DISCOIDE DA PAREDE ANTERIOR DO RETO COM GRAMPEADOR CIRCULAR PARA ENDOMETRIOSE INTESTINAL, REALIZADA PELO CIRURGIÃO GINECOLÓGICO**

ALYSSON ZANATTA; ALESSANDRO SCAPINELLI; RICARDO LUIZ MACHADO; LEONARDO CAVA

**RESUMO**

A ressecção discoide (ou nodulectomia) da parede anterior do reto pode ser opção para o tratamento de casos selecionados de endometriose intestinal, incluindo nódulos únicos, menores que 3 cm, e situados até 15 cm da borda anal. O uso de grameador endoscópico circular nesta técnica é de extrema utilidade. Experiências satisfatórias são relatadas, inclusive quando realizada por cirurgiões ginecológicos. O objetivo deste vídeo é descrevê-la de forma didática. Após a mobilização completa da lesão endometriótica das paredes pélvicas laterais, esta é ressecada a partir do tórus uterino, em direção ao espaço retovaginal. A lesão é seccionada no limite da infiltração da camada muscular do reto. Faz-se um sutura contínua para transfixar o nódulo em toda sua extensão na camada muscular do reto, que servirá de reparo para a introdução deste no interior do grameador endoscópico. O grameador é introduzido por via transanal. Este é aberto na luz intestinal, e o nódulo transfixado é introduzido em seu interior. Após fechamento do grameador e conferência das paredes intestinais laterais, faz-se o disparo para a ressecção do nódulo. A ressecção discoide da parede anterior do reto com grameador circular é opção viável para o tratamento de casos selecionados de endometriose intestinal.

**Apresentação: Vídeo Livre****136 - HISTERECTOMIA LAPAROSCÓPICA SINGLE-PORT**

WILLIAM KONDO; REITAN RIBEIRO; MONICA TESSMANN ZOMER; JAMES SKINOVSKY; MAURICIO CHIBATA; FRANCISCO ALMEIDA; FERNANDA KEIKO TSUMANUMA

**RESUMO**

A cirurgia por acesso único surgiu com o objetivo de reduzir ainda mais a invasibilidade da laparoscopia tradicional e tem sido usada na ginecologia por equipes de laparoscopia experientes em todo o mundo. Neste vídeo demonstramos um caso de histerectomia laparoscópica utilizando o Single-Site Laparoscopy Access System (Ethicon Endosurgery, Cincinnati, OH).

**Apresentação: Vídeo Livre****137 - SALPINGECTOMIA POR ACESSO UMBILICAL ÚNICO UTILIZANDO PORTAIS LAPAROSCÓPICOS CONVENCIONAIS**

WILLIAM KONDO; MONICA TESSMANN ZOMER; REITAN RIBEIRO; IVANA GUS; GABRIEL ESMANHOTTO RIBAS; JAMES SKYNOVSKI; FERNANDA REIS

**RESUMO**

A cirurgia laparoscópica por acesso único pode ser realizada de 2 formas. A primeira é chamada de cirurgia single-site, em que 2 ou mais portais convencionais são posicionados através da mesma incisão. A segunda é realizada utilizando um portal especialmente desenvolvido com vários canais de trabalho através do qual vários instrumentos e a ótica são inseridos na cavidade abdominal. Neste vídeo demonstramos um caso de salpingectomia realizada por acesso umbilical utilizando portais de laparoscopia convencional.

**Apresentação: Vídeo Livre****138 - CISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA PARA ENDOMETRIOMA OVARIANO**

WILLIAM KONDO; MONICA TESSMANN ZOMER; REITAN RIBEIRO; FERNANDA KEIKO TSUMANUMA; FRANCISCO ALMEIDA; JAMES SKYNOVSKI; 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, esta técnica é raramente ensinada e descrita em detalhes. A cistectomia laparoscópica para o tratamento do endometrioma ovariano tem sido classicamente descrita como uma simples técnica de "stripping"; no entanto, uma técnica meticulosa parece ser necessária para se tratar adequadamente os endometriomas. Este vídeo demonstra os passos da cistectomia laparoscópica para endometrioma ovariano e seus detalhes técnicos, que permitem a reprodução e mesmo a melhora da técnica por outros cirurgiões.

**Apresentação: Vídeo Livre****139 - TÉCNICA CIRÚRGICA DA RESSECÇÃO EM DISCO PARA TRATAMENTO DE ENDOMETRIOSE INTESTINAL**

WILLIAM KONDO; REITAN RIBEIRO; MONICA TESSMANN ZOMER; JAMES SKYNOVSKI; FRANCISCO ALMEIDA; FERNANDA REIS; GABRIEL ESMANHOTTO RIBAS

**RESUMO**

A cirurgia permanece o melhor tratamento definitivo para a endometriose profunda intestinal. A técnica cirúrgica é essencial para o manejo adequado da doença; no entanto, esta técnica é raramente ensinada e descrita em detalhes. Este vídeo demonstra os passos cirúrgicos da ressecção em disco para tratamento da endometriose intestinal e seus detalhes técnicos, que permitem a reprodução e mesmo a melhora da técnica por outros cirurgiões.

**Apresentação: Vídeo Livre****140 - TÉCNICA CIRÚRGICA DA RESSECÇÃO SEGMENTAR PARA TRATAMENTO DE ENDOMETRIOSE INTESTINAL**

WILLIAM KONDO; REITAN RIBEIRO; MONICA TESSMANN ZOMER; MAURICIO CHIBATA; FRANCISCO ALMEIDA; FERNANDA REIS; JAMES SKYNOVSKI

**RESUMO**

A cirurgia permanece o melhor tratamento definitivo para a endometriose profunda intestinal. A técnica cirúrgica é essencial para o manejo adequado da doença; no entanto, esta técnica é raramente ensinada e descrita em detalhes. Este vídeo demonstra os passos cirúrgicos da ressecção segmentar intestinal para tratamento da endometriose profunda com comprometimento de intestino e seus detalhes técnicos, que permitem a reprodução e mesmo a melhora da técnica por outros cirurgiões.

**Apresentação: Vídeo Livre****141 - CISTECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA PARA TRATAMENTO DE ENDOMETRIOSE DE BEXIGA**

WILLIAM KONDO; MONICA TESSMANN ZOMER; REITAN RIBEIRO; JAMES SKYNOVSKI; FRANCISCO ALMEIDA; FERNANDA REIS; GABRIEL ESMANHOTTO RIBAS

**RESUMO**

A cirurgia permanece o melhor tratamento definitivo para a endometriose profunda. A técnica cirúrgica é essencial para o manejo adequado da doença; no entanto, esta técnica é raramente ensinada e descrita em detalhes. Este vídeo demonstra os passos cirúrgicos da cistectomia parcial laparoscópica para tratamento da endometriose com infiltração da bexiga e seus detalhes técnicos, que permitem a reprodução e mesmo a melhora da técnica por outros cirurgiões.

**Apresentação: Vídeo Livre****142 - HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA EM ÚTERO COM MAIS DE 1000 GRAMAS**

WILLIAM KONDO; REITAN RIBEIRO; FERNANDA KEIKO TSUMANUMA; MONICA TESSMANN ZOMER; JAMES SKYNOVSKI; IVANA GUS; FRANCISCO ALMEIDA

**RESUMO**

A histerectomia é a cirurgia ginecológica de grande porte mais comumente realizada em todo o mundo. Tradicionalmente, ela é realizada por laparotomia ou por via vaginal; no entanto, a laparoscopia tem sido cada vez mais empregada desde o seu relato inicial em 1989. As vantagens da abordagem laparoscópica comparado com a tradicional a céu aberto incluem menor perda sanguínea intra-operatória, menor tempo de internamento, recuperação pós-operatória mais rápida e menor taxa de complicações infecciosas de parede abdominal. Os úteros volumosos determinam desafios técnicos para a cirurgia laparoscópica. Neste vídeo demonstramos a realização de histerectomia total laparoscópica em útero com mais de 1000 gramas.

**Apresentação: Vídeo Livre****143 - CISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA PARA CISTO DERMÓIDE**

WILLIAM KONDO; MONICA TESSMANN ZOMER; REITAN RIBEIRO; FERNANDA KEIKO TSUMANUMA; FRANCISCO ALMEIDA; JAMES SKYNOVSKI; MAURICIO CHIBATA

**RESUMO**

A cistectomia laparoscópica é o tratamento clássico do cisto dermóide. Didaticamente dividimos o procedimento em 6 etapas: (1) posicionamento do ovário dentro de um saco endoscópico, com o objetivo de prevenir o risco de peritonite granulomatosa, (2) incisão do ovário na borda oposta ao meso-ovário, se possível após ter apreendido o ovário a este nível com uma pinça com dente. A tesoura é introduzida e aberta dentro da incisão, ampliando esta incisão até 10 a 20mm. As bordas são então apreendidas por 2 pinças com dente e a incisão é ampliada por dissecação ou secção com tesoura. A incisão deve ser, no mínimo, do diâmetro do cisto. A identificação do plano correto de dissecação é essencial. A superfície do cisto é branco-amarelada (ausência de fibras vermelhas) e o plano, avascular, (3) as pinças com dente apreendem as bordas e realizam um movimento como se fosse “vestir” o cisto, apoiando o fundo do cisto sobre a parede pélvica ipsilateral. A enucleação do cisto necessita que os instrumentos trabalhem tangencialmente ao cisto. Se a dissecação não é fácil, pode-se realizar a dissecação de um lado e em seguida do outro lado do cisto, utilizando as pinças com dente, a pinça bipolar e a tesoura, (4) quando mais de 50% do cisto é dissecado, pode-se elevar o parênquima ovariano e utilizar o peso do cisto para auxiliar a dissecação. A dissecação será finalizada por tração, coagulação e secção, (5) hemostasia do leito do cisto permite que o ovário retome a sua forma normal, (6) a extração deve ser realizada puncionando o cisto dentro do saco endoscópico, por via intra-peritoneal ou transabdominal. Neste vídeo demonstramos os passos cirúrgicos deste procedimento.

**Apresentação: Vídeo Livre****144 - PADRONIZAÇÃO DA HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA**

WILLIAM KONDO; MONICA TESSMANN ZOMER; REITAN RIBEIRO; FERNANDA KEIKO TSUMANUMA; FRANCISCO ALMEIDA; JAMES SKINOVSKY; MAURICIO CHIBATA

**RESUMO**

A padronização técnica de um procedimento cirúrgico é essencial para facilitar a cirurgia, minimizar as complicações intra-operatórias e possibilitar a disseminação do método no meio médico. Na histerectomia total laparoscópica, a paciente é posicionada em decúbito dorsal, sob anestesia geral, com intubação orotraqueal. As pernas são posicionadas em flexão de 30 graus, os braços ao longo do corpo e as nádegas ultrapassando ligeiramente a mesa cirúrgica. O cirurgião é posicionado à esquerda da paciente, o primeiro assistente à direita e o segundo assistente é responsável pelo manipulador uterino. A canulação uterina é realizada com um instrumento específico: o manipulador uterino de Karl Storz tipo Clermont-Ferrand. Quatro trocartes são posicionados: um trocarte de 10mm umbilical e três trocartes de 5mm, sendo um 2cm medialmente à espinha ilíaca ântero-superior direita, um outro 2cm medialmente à espinha ilíaca ântero-superior esquerda e um terceiro na linha média, 8 a 10cm abaixo da cicatriz umbilical. A cirurgia é didaticamente dividida em 10 passos: (1) coagulação e secção dos ligamentos redondos, (2) abertura do peritônio anterior dos ligamentos largos, (3) fenestração dos ligamentos largos, (4) controle bipolar dos vasos anexiais, (5) dissecação véscico-uterina e dissecação posterior, (6) dissecação dos vasos uterinos, (7) coagulação dos vasos uterinos, (8) abertura da vagina, (9) extração uterina e (10) fechamento da vagina. Neste vídeo demonstramos os passos cirúrgicos da histerectomia total laparoscópica.

**Apresentação: Vídeo Livre****145 - RESSECÇÃO SEGMENTAR INTESTINAL LAPAROSCÓPICA COM EXTRAÇÃO VAGINAL DO ESPÉCIME CIRÚRGICO EM ENDOMETRIOSE PROFUNDA**

WILLIAM KONDO; REITAN RIBEIRO; MONICA TESSMANN ZOMER; MAURICIO CHIBATA; IVANA GUS; FERNANDA REIS; JAMES SKINOVSKY

**RESUMO**

A ressecção intestinal é considerada o tratamento de eleição em alguns casos de endometriose severa com infiltração intestinal. A ressecção colo-retal laparoscópica pode ser considerada uma opção segura a fim de reduzir o trauma cirúrgico e as complicações, assim como melhorar o resultado estético. A extração vaginal do espécime cirúrgico na cirurgia colo-retal pode ter um benefício potencial, particularmente quando associada com um procedimento ginecológico. Neste vídeo demonstramos um caso de ressecção segmentar intestinal laparoscópica com extração vaginal do espécime cirúrgico em endometriose profunda.

**Apresentação: Vídeo Livre****146 - OOFOROPLASTIA À ESQUERDA VIDEOLAPAROSCÓPICA**

RAQUEL FERREIRA LIMA; BEATRIZ TALIBERTI DA COSTA PORTO; RODRIGUES PINTO FERNANDES; GUILHERME KARAM CORREA LEITE; JOSE MENDES ALDRIGHI; PAULO AUGUSTO AYROZA GALVÃO RIBEIRO

**RESUMO**

Apresentação do vídeo da cirurgia de uma paciente com 40 anos e alteração em exame de rotina. Em exame ultrassonográfico de 2010 foi visualizado um cisto simples em ovário esquerdo medindo no maior diâmetro 7cm e em avaliações subsequentes não houve mudanças nas características do cisto até ser encaminhada ao nosso serviço onde foi indicado ooforoplastia à esquerda videolaparoscópica, devido a persistência e tamanho do cisto.

**Área****CIRURGIA PEDIÁTRICA****Apresentação: Vídeo Livre****147 - TÉCNICA DE RENDEZVOUS PARA RECANALIZAÇÃO DE ESTENOSE COMPLETA DE ESÔFAGO**

PAULA PERUZZI ELIA; ALVARO A. G. FREIRE; MARIA LUCIA AUGUSTO

**RESUMO**

INTRODUÇÃO: A estenose completa de esôfago é uma rara complicação da esofagite infecciosa por citomegalovírus. O tratamento geralmente é cirúrgico e existem raros casos relatados de tratamento endoscópico. OBJETIVO: relatar o tratamento endoscópico pela técnica de rendezvous de uma obstrução completa de esôfago em criança com SIDA. RELATO DE CASO: V.M.S., sexo feminino, 4 anos de idade, SIDA, neuropata (toxoplasmose congênita). Aos 6 meses de idade evoluiu com episódio sugestivo de esofagite infecciosa. Dois meses após este episódio apresentou recusa alimentar, vômitos pós prandiais e infecção respiratória de repetição. Realizada esofagografia que revelou obstrução completa do esôfago distal. Encaminhada para a cirurgia pediátrica sendo realizada gastrostomia e esofagostomia. 2 anos após foi

encaminhada para IFF-FIOCRUZ para tratamento endoscópico. Um endoscópio pediátrico foi introduzido pela gastrostomia e outro pela cavidade oral. Após se localizar o sítio da estenose se escolheu o melhor sítio de punção através de transluminação. Uma agulha pediátrica foi introduzida através do aparelho que estava na gastrostomia e após transfixar a estenose, foi apreendida com alça de polipectomia, introduzida no aparelho que estava na cavidade oral. Esta agulha foi reencapada e através dela foi introduzido um fio zebrado de colangiopancreatografia endoscópica retrógrada. Através deste fio foi efetuada dilatação com velas de Savary-Gilliard 5 a 12.8mm. A estenose foi aberta, e foi mantido um cateter nasoenteral por 2 semanas para manter o peritúo. Após avaliação da fonaudiologia a criança voltou a se alimentar pela boca. **CONCLUSÃO:** A recanalização de esôfago através da técnica de rendezvous é um tratamento menos invasivo da estenose completa de esôfago. Pode ser realizada por profissionais experientes, em pacientes bem selecionados. A estenose total de esôfago pode ser tratada endoscopicamente com sucesso desde que seja realizada por profissionais experientes em pacientes bem selecionados.

**Apresentação: Poster**

#### 148 - CISTO BRONCOGÊNICO

SIDON MENDES DE OLIVEIRA; RICARDO ESPER TREML; DANILO TALACIMON BARBOSA; ENEAS SUCHARSKI

##### RESUMO

O cisto bronco-gênico de mediastino representa em torno de 12 a 18% dos tumores primários do mediastino e, apesar de ser raro, é a mais frequente lesão cística na região.<sup>1,2,3</sup> Durante o período embrionário, o trato digestivo anterior primitivo desenvolve o trato respiratório e digestivo até a 4ª semana. Inicialmente ambos são formados por células do tipo cilíndrico ciliadas. Depois da formação do septo traqueoesofágico, o esôfago alonga-se rapidamente. alguma malformação nesse período da embriogênese pode levar a uma malformação do esôfago ou da traquéia, que pode explicar porque o epitélio respiratório pode ser encontrado no esôfago.<sup>1</sup> Se a separação ocorre mais cedo o cisto brônquico localizará no mediastino ocluindo carina, traquéia, brônquio fontes ou esôfago e histologicamente será composto de células do epitélio respiratório ciliadas. Quando a separação ocorre tardiamente o cisto brônquico envolverá o parênquima pulmonar e o cisto apresentará epitélio respiratório. Frequentemente o cisto bronco-gênico é assintomático e o seu diagnóstico é incidental. Entretanto, complicações desse quadro são descritas tais como infecção, compressão de estruturas adjacentes como traquéia e veia cava superior, hemorragia intracística, ruptura cística, hemoptise, malignização. O crescimento da massa cística pode ser responsável por compressões de estruturas adjacentes e causar sintomas, tais como disfagia, refluxo gastroesofágico, dispneia, tosse, dor torácica e emagrecimento.<sup>2,3</sup> O mediastino é o local mais comum da ocorrência dos cistos bronco-gênicos, sendo que a localização no parênquima pulmonar pode ocorrer em 15 a 30%. Outras localizações são atípicas e aparecem por exemplo no pescoço, dura-máter espinhal e região diafragmática. O tratamento do cisto bronco-gênico é cirúrgico na maioria das vezes, porque o cisto não regride espontaneamente e pode romper ou ser foco de infecção. O tratamento é curativo, sendo que a drenagem descompressiva do cisto é um procedimento paliativo, reservado nos casos em que o paciente não pode ser submetido a procedimento cirúrgico. A técnica de abordagem do cisto pode ser feita tanto por videotoroscopia como por toracotomia e o seu resultado é definitivo.<sup>1,2</sup> Atualmente tem se privilegiado a utilização de videotoroscopia e bisturi harmônico que tem revelado algumas vantagens em relação ao bisturi elétrico, tais como menor sangramento, menor duração do procedimento e custos

relativamente semelhantes ao do bisturi elétrico. Há relatos de caso bem descritos envolvendo cisto brônquico e outras malformações de pulmão, coração, parede torácica e diafragma. O objetivo desse trabalho é descrever um relato de caso, discutir e fazer uma revisão do Cisto Bronco-gênico para que o diagnóstico e tratamento sejam realizados de forma clara e correta.

## Área CIRURGIA TORÁCICA

**Apresentação: Vídeo Livre**

#### 149 - NOVO ACESSO NA SIMPATECTOMIA TORACOSCÓPICA PARA TRATAMENTO DA HIPERIDROSE PRIMÁRIA

SÔNIA OLIVEIRA LIMA; ALOÍSIO FERREIRA PINTO NETO; GUSTAVO NABUCO FARO DANTAS BAPTISTA; JOSÉ MACHADO NETO; VANESSA ROCHA SANTANA; PEDRO HENRIQUE NABUCO FREIRE SIQUEIRA; FRANCISCO PRADO REIS

##### RESUMO

Objetiva-se com este vídeo avaliar a factibilidade e aspectos cosméticos de um novo acesso na simpatectomia toracoscópica em ambos os gêneros e em todas as idades no tratamento de hiperidrose primária. A cirurgia é realizada por desinsuflação pulmonar seletiva ou apnéia, faz-se uma incisão elíptica infraareolar mamária de 5 mm interessando pele e tecido celular subcutâneo. Realiza-se a divulsão roma perpendicular, com tesoura, do tecido mamário e muscular para a colocação do trocater de 5 mm. Uma óptica de 0° ou de 30° é introduzida através deste na cavidade torácica. Incisão de 5 mm é feita na linha axilar média, na altura do terceiro espaço intercostal, introduzindo um trocater sob visão direta. Identifica-se a cadeia simpática, mediante eletrocautério tipo hook, realiza-se a incisão da pleura parietal para dissecação, divisão, cauterização ou ressecção do gânglio simpático T2, T3 ou T3/T4, a depender do local de manifestações dos sintomas. O pulmão é reinsuflado sob pressão positiva e os trocáteres são retirados. O procedimento é finalizado com a sutura intradérmica da pele infraareolar e axilar. O aspecto cosmético foi avaliado com 7 e 360 dias de pós-operatório. Foram operados 282 pacientes pelo acesso infraareolar mamário no período de 2004 a 2010. O tempo cirúrgico médio bilateral foi de 32 minutos. Não ocorreram complicações que necessitassem de conversão da via de acesso utilizada. Não houve alterações nem perda de sensibilidade no complexo areolar. Não foram verificadas cicatrizes queloidianas. Conclui-se que a via de acesso infraareolar associada à axilar é factível e segura na realização da simpatectomia toracoscópica para o tratamento da hiperidrose primária, tanto no gênero masculino quanto no feminino, conferindo um excelente efeito cosmético cicatricial.

## Área CIRURGIA UROLÓGICA

**Apresentação: Poster**

#### 150 - CISTECTOMIA RADICAL VIDEOLAPAROSCÓPICA: EXPERIÊNCIA INICIAL

PEDRO ROMANELLI DE CASTRO; CECÍLIA ALCANTARA BRAGA; RICARDO AUGUSTO COUTO MARTINS; FERNANDA DINELLI SCALA; ÁTILA MAGALHÃES VICTÓRIA; RICARDO HISSASHI NISHIMOTO

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O câncer de bexiga invasor tem como tratamento de escolha a cistectomia radical. O acesso laparoscópico tem sido recentemente relatado, no entanto, sua realização é limitada a poucos centros. A neobexiga ortotópica ileal é realizada como a derivação urinária de escolha em casos selecionados. **OBJETIVOS:** Descrever nossa experiência inicial na realização da cistectomia radical videolaparoscópica. **PACIENTES E MÉTODOS:** Análise retrospectiva observacional, entre junho de 2008 e dezembro de 2011, de seis pacientes do sexo masculino com câncer de bexiga, dos quais cinco apresentavam câncer invasor (T2G3) e um, câncer superficial de alto grau (T1G3). Foram avaliados aspectos técnicos como tipo de reconstrução, realização de linfadenectomia pélvica, tempo, custo e complicações. **RESULTADOS:** A média de idade foi 64 anos. Todos foram submetidos à cistectomia radical por videolaparoscopia e derivação urinária extracorpórea, sendo quatro com ureteroileostomia cutânea tipo Bricker e dois com confecção de neobexiga ileal ortotópica. O tempo cirúrgico médio foi de 380 minutos e o sangramento médio de 600 mL. Não houve transfusão sanguínea. A duração média do uso de dreno foi 6 dias e da internação hospitalar, 8 dias. Nos pacientes submetidos à confecção de neobexiga ileal ortotópica, um evoluiu com obstrução de SVD com fístula urinária e o outro com hérnia incisional. Três pacientes evoluíram com pielonefrite, sendo que desses, dois haviam sido submetidos à neobexiga ileal ortotópica e um à ureteroileostomia cutânea tipo Bricker. **CONCLUSÃO:** O acesso videolaparoscópico permitiu a reprodução da técnica aberta da cistectomia radical, podendo ser uma opção no tratamento do câncer invasor de bexiga.

### Apresentação: Vídeo Livre

#### 151 - NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA SEM CLAMPEAMENTO HILAR

MARCELO CABRAL LAMY DE MIRANDA; RODRIGO ALVES TRISTAO; SERGIO RIGUETE ZACCHI; GEORGIA RUBIANE MEIRA DO ROSARIO DE SOUZA; RENATO GARGANO FABRIS; MARCIO MAIA LAMY DE MIRANDA

## RESUMO

**Introdução:** Nefrectomia parcial laparoscópica para tratamento de tumores renais apresenta resultados oncológicos e funcionais superiores à nefrectomia radical, tornando-se procedimento padrão para tratamento de tumores menores do que 4 cm. **Material e Métodos:** Foram realizadas 11 nefrectomias parciais videolaparoscópicas por tumor renal exofítico, de 2008 a 2009. A técnica consiste em hemostasia prévia à excisão tumoral, através de uma combinação entre sutura com Vicryl 1 no parênquima renal e ancoramento com cliques de polímero, seguida de exteriorização do mesmo fio através do abdome. Localizado Bolster de Surgicel para hemostasia no leito cirúrgico pós excisional. **Resultados:** Dos 11 pacientes submetidos à nefrectomia parcial laparoscópica sem clampamento hilar, a média tumoral foi de 2,45 cm, tempo cirúrgico médio de 98 minutos, perda de sangue média de 110 ml e tempo de internação 1,5 dias. Não houve necessidade de conversão de cirurgia ou transfusão sanguínea. **Achado histopatológico:** carcinoma renal de células claras (6/11), angiomiolipoma (3/11), oncocitoma (1/11) e cisto renal calcificado (1/11). **Discussão:** Visto que 30% dos pacientes portadores de tumor renal são renais crônicos, o tempo de isquemia quente permanece como principal ponto de estudo para aprimoramento da técnica cirúrgica. Isquemia renal é o principal fator de risco modificável com impacto sobre a função renal. O menor tempo de isquemia em nefrectomia parcial laparoscópica, na literatura, foi de 14 minutos. Sabe-se que a redução do tempo de isquemia (31 min para 14 min) reflete com menor perda de função renal de

20,3% para 10,6% ( $p < 0,0001$ ). Gill (2012) desenvolveu técnica cirúrgica na qual realiza clampamento apenas do pedículo tumoral para tumores de até 13 cm, com excisão média de cerca de 22% do parênquima renal. Perda sanguínea média com essa técnica foi de 150 ml, comparado à técnica com clampamento hilar, que é cerca de 242 ml. Nesse trabalho, não houve margens cirúrgicas positivas. Em nefrectomias parciais, margens positivas são encontradas em aproximadamente 5% dos casos, principalmente em tumores pequenos e rim único. Apresenta taxa livre de recorrência de doença em 10 anos de 93% e, para metástases, de 93%. **Conclusão:** Nefrectomia parcial laparoscópica está em constante evolução e em larga aceitação para tratamento de tumores renais pequenos apropriadamente selecionados. Apresenta como principais vantagens: boa recuperação, excelente controle neoplásico e o bom desfecho funcional.

### Apresentação: Vídeo Livre

#### 152 - CORREÇÃO VÍDEO-LAPAROSCÓPICA DE FÍSTULA VÉSICO-VAGINAL

MARCELO CABRAL LAMY DE MIRANDA; RODRIGO ALVES TRISTAO; SERGIO RIGUETE ZACCHI; GEORGIA RUBIANE MEIRA DO ROSARIO DE SOUZA; RENATO GARGANO FABRIS; MARCIO MAIA LAMY DE MIRANDA

## RESUMO

**Introdução:** Fístula vesico-vaginal consiste numa comunicação extra anatômica entre os epitélios da bexiga e da vagina evoluindo com perda urinária contínua. Em 1994 Nezhat descreveu com sucesso o primeiro reparo laparoscópico de fístula vesico-vaginal. O acesso laparoscópico visa minimizar o trauma cirúrgico, diminuindo, assim, a morbidade às pacientes. **Relato de Caso:** 1) Paciente de 42 anos, com perda urinária contínua via vaginal após histerectomia total abdominal foi submetida à correção laparoscópica da fístula vesico-vaginal 12 meses após a cirurgia inicial, com interposição de epíplon; 2) Paciente de 46 anos, submetida a histerectomia total vaginal com lesão vesical corrigida via vaginal no intraoperatório, evoluiu com hematúria e trajeto fistuloso vesico-vaginal. Seis meses após primeira cirurgia, paciente foi submetida à correção cirúrgica laparoscópica da fístula, com interposição de epíplon. **Técnica:** Inicialmente realizou-se cistoscopia para cateterização de orifício fistuloso com fio guia e implante de cateter Duplo J em ureteres. A seguir, por via laparoscópica, foi realizada lise de aderências e cistotomia longitudinal até o trajeto fistuloso, com dissecação e ressecção do mesmo ao redor do fio guia. Após identificação apropriada dos planos, plano vaginal foi suturado com vicryl 2-0 em sutura contínua, com interposição de segmento de epíplon entre a bexiga e vagina, seguido de fechamento vesical com vicryl 0 também em sutura contínua. **Resultados:** 1) O tempo cirúrgico foi de 120 minutos, com sangramento estimado de 30 ml. A internação durou 24 horas e foram mantidos o dreno por 3 dias, a sonda vesical por 10 dias e os catéteres Duplo J por 10 dias; 2) O tempo cirúrgico foi de 150 minutos, com sangramento estimado de 100 ml. Apresentava importante inflamação e distorção da anatomia vesical, com identificação de corpo estranho (gaze) no seu interior. Internação de dois dias, sendo a sonda retirada no 14º pós-operatório. Evoluiu no 2º mês com ITU. **Discussão:** Dentre as várias técnicas descritas para tratamento de fistulas vesico-vaginais, a técnica de O'Connor apresenta as melhores taxas de sucesso, superiores a 95%. Classicamente, institui-se correção após 3 a 6 meses da primeira cirurgia. O intervalo entre a primeira cirurgia e o tratamento definitivo foi de 3 meses; 9 meses (Branco), 3 meses (Abdel-Karim), 8 meses (Gregório). O tempo cirúrgico na literatura varia: 110 min (Branco), 145 min (Shah), 175 min (Sotelo), 210 min (Gregório), 171 min (Abdel-Karim). O número de dias de internação variou: 1 dia (Branco), 4,5 dias (Shah), 3 dias (Sotelo), 3 dias (Abdel-Karim). Perda sanguínea estimada de cerca de 180-200 ml

(Shah), 110 ml; 150 ml (Branco), 110 +/- 17 ml (Abdel-Karim). Conclusão: Nesse vídeo podemos ver que a correção cirúrgica das fistulas vésico-vaginais por acesso laparoscópico é factível, com resultados semelhantes aos trabalhos publicados.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**153 - NEFRECTOMIA RADICAL BILATERAL TRANSUMBILICAL POR LESS**

*PAULO CERUTTI FRANCISCATTO; MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; ISIDORO HENRIQUE GOLDRACH; GILVAN NEIVA FONSECA; MARCOS DIAS FERREIRA; ANA CAROLINA BROCHADO GEIST*

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO E OBJETIVOS:** Cirurgia transumbilical laparoscópica por portal único (LESS) é uma técnica emergente em cirurgia minimamente invasiva. Este avanço oferece um resultado cosmético e potencial diminuição da dor no local do trocarte, de infecção, de hérnia, e de sangramento/hematoma devido ao uso de uma pequena incisão. Este vídeo demonstra uma nefrectomia radical bilateral usando esta técnica. **MATERIAL & MÉTODOS:** Este é o caso de um paciente de 71 anos de idade, masculino, transplantado de rim há 18 anos que apresentou rins nativos atrofícos, com contornos mal definidos. Lesão renal sólida bilateral em seus rins nativos. A lesão do rim esquerdo era de 3,7 cm no polo superior e esse rim tinha vários cistos simples. A lesão do rim direito era de 8 cm, comprometendo quase que a totalidade do rim. Os vasos renais estavam livres de trombos. Na história clínica de interesse, referia, além da insuficiência renal e o transplante, uma cirurgia plástica com reconstrução completa de todo o nariz após exérese de lesão neoplásica. O paciente foi posicionado em decúbito lateral direito, com acesso transumbilical feito a céu aberto. Através de uma incisão de 3 cm feita no umbigo, introduziu-se o portal único "GelPoint" da Applied, representada no Rio Grande do Sul pela EndoSul®. Pelo "GelPoint" foram colocados três portais de 11mm para dar acesso a ótica, aos instrumentos de trabalho como pinça, tesoura e clipador de Hemolok®. A nefrectomia esquerda foi realizada utilizando eletrocautério monopolar na liberação do rim e clips de Hemolok foram colocados no pedículo e no ureter. O rim foi colocado em um "endobeg", que contém anel metálico, e retirado abrindo o GelPoint. A seguir, após recolocação do Gelpoint, o paciente foi reposicionado para decúbito lateral esquerdo e o rim direito foi abordado e dissecado da mesma forma. Como houve dificuldade de ensacamento da peça cirúrgica do lado esquerdo, no lado direito foi utilizado o saco extrator da Cook® grande. Finalmente, realizou-se a sutura do orifício umbilical. **RESULTADOS:** Neste caso, o tempo cirúrgico foi de 90 minutos para a nefrectomia esquerda e 55 minutos para a nefrectomia direita. A perda sanguínea foi de 190 ml. Apresentou distensão abdominal e dificuldade de evacuação que foram conduzidas com conduta conservadora. O paciente recebeu alta cirúrgica em 24 horas. A patologia revelou tratar-se de carcinoma de células claras do lado esquerdo de 3,7 cm com margens livres e carcinoma de células claras de 8 cm do lado direito com infiltração da gordura perirenal com margens livres. **CONCLUSÃO:** Nefrectomia radical por portal único (LESS) transumbilical é um procedimento factível e seguro com bom resultado cosmético e rápida recuperação.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**154 - VAPORIZAÇÃO TRANSURETRAL DA PRÓSTATA COM PLASMA BOTTON (TURIS): EXPERIÊNCIA DE 30 CASOS**

*ANA CAROLINA BROCHADO GEIST; MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; GILVAN NEIVA FONSECA; PAULO CERUTTI FRANCISCATTO; ISIDORO HENRIQUE GOLDRACH; MARCOS DIAS FERREIRA*

**RESUMO**

**Introdução e Objetivos:** Apesar do fato de que a RTUP seja considerado o tratamento de primeira linha como opção na Hiperplasia Prostática Benigna (HPB), energia a plasma em solução salina pode representar uma alternativa viável. Neste estudo foi avaliada a eficiência, segurança e os resultados a curto prazo da vaporização transuretral da próstata com plasma (TURis-PVP). O vídeo é para mostrar um procedimento. **Material & Método:** Entre outubro de 2011 e março de 2012, 30 pacientes com idade entre 51 e 94 anos (média 68 anos) com HPB foram submetidos a TURis-PVP. Todos os pacientes foram avaliados no pré-operatório e 1 mês após a cirurgia pelo escore internacional de sintomas da próstata (IPSS), escore de qualidade de vida (QOL), taxa de fluxo máximo (Qmax) e volume urinário residual pós-miccional (RV). Pré-operatoriamente, a média de Qmax foi de 5,6 ml/s (extensão 0 a 12,5 ml/s), média de IPSS 24 (extensão 14-33), média de QOL 4,3, em média 55g de volume prostático (entre 30 e 154g) e o volume residual médio 85ml (0-280ml). **Resultados:** TURis-PVP foi realizado com sucesso em todos os casos. Nenhuma complicação maior foi encontrada. Como complicação menor 1 paciente referiu urgência miccional que perdurou por duas semanas e um paciente referiu incontinência que perdurou por uma semana. O tempo médio de cirurgia foi de 65 minutos, o período de sondagem em média foi de 46 horas e o tempo de hospitalização médio de 55 horas. Todos os pacientes foram avaliados com 1 mês e 18 pacientes aos 3 meses. Aos 1 e 3 meses de seguimento a média do valor do IPSS foi 4,5 e 4,7 e dos valores da qualidade de vida 1.2 e 1.4, respectivamente. Qmax demonstrou significativa melhora quando comparado com o pré-operatório, sendo em média 22,7 em 1 mês e 22,3 em 3 meses. Média de volume residual diminuiu para 22,7 no primeiro mês, 21,8 no terceiro mês. **Conclusões:** TURis-PVP representa um tratamento endoscópico alternativo para os pacientes com HPB, com boa eficácia e taxa reduzida de complicações.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**155 - EXÉRESE LAPAROSCÓPICA DE TUMOR RETROPERITONEAL DO TIPO LIPOSARCOMA**

*ANA CAROLINA BROCHADO GEIST; MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; GILVAN NEIVA FONSECA; PAULO CERUTTI FRANCISCATTO; ISIDORO HENRIQUE GOLDRACH; MARCOS DIAS FERREIRA*

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO & OBJETIVOS:** A exérese de tumores sarcomatóides representa a primeira opção terapêutica e a via laparoscópica é uma alternativa minimamente invasiva a via convencional. Este vídeo demonstra uma cirurgia de ressecção de uma recidiva de liposarcoma. **MATERIAL & MÉTODOS:** Uma paciente feminina de 43 anos que apresentava história patológica pregressa de ressecção de liposarcoma tipo meningioma like que comprometia a gordura anterior do rim direito, evoluiu no terceiro ano de acompanhamento pós operatório com desconforto lombar. Investigação de imagem evidenciou duas lesões, uma com 3,7 e a outra com 3,1 cm, localizadas na gordura póstero-renal direita, compatíveis com provável recidiva tumoral. O rim era de aspecto normal na Tomografia Computadorizada e sem evidência de aderência ao fígado nem à musculatura posterior. A paciente foi levada a cirurgia laparoscópica por via transperitoneal e toda a gordura próxima do rim foi retirada, juntamente com os dois tumores, sem existir necessidade de exérese do rim nem do ureter. **RESULTADOS:** A operação pôde ser feita sem complicações, com perda sanguínea de 120 ml. A paciente recebeu alta no segundo dia pós-operatório. O exame anatomopatológico revelou tratar-se de liposarcoma com áreas desdiferenciadas meningioma simples, áreas mixóides, fibrose e ossificação metaplásica. **CONCLUSÃO:** A abordagem laparoscópica se mos-

trou como uma boa alternativa de acesso para esse tipo de patologia reproduzindo os passos da cirurgia aberta com os benefícios de uma técnica minimamente invasiva.

**Apresentação: Vídeo Livre**

### 156 - PROSTATECTOMIA SIMPLES POR VIDEOLAPAROSCOPIA

PAULO CERUTTI FRANCISCATTO; MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; ISIDORO HENRIQUE GOLDRAICH; GILVAN NEIVA FONSECA; MARCOS DIAS FERREIRA; ANA CAROLINA BROCHADO GEIST; MIGUEL CERUTTI FRANCISCATTO

#### RESUMO

**INTRODUÇÃO E OBJETIVOS:** O tratamento cirúrgico considerado padrão ouro na Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) é a ressecção transuretral da próstata (RTUP) para próstatas até 75g e Prostatectomia simples a céu aberto para próstatas maiores. Em 2002 foi publicado pela primeira vez, por um dos co-autores deste trabalho, a prostatectomia simples videolaparoscópica com controle vascular para próstatas maiores de 75g. Descreveremos a técnica cirúrgica e avaliaremos as vantagens nesta série. **MATERIAL & MÉTODOS:** Entre 1999 e 2012, 390 pacientes foram submetidos a prostatectomia simples laparoscópica com controle vascular. Todos os pacientes apresentavam sintomas obstrutivos do trato urinário inferior, sendo que 23 estavam com obstrução completa e em uso de sonda. O volume prostático variou de 80g a 435g. Sob anestesia geral, os pacientes foram colocados em posição de litotomia e Trendelenburg. A colocação dos Trocateres seguiu a mesma técnica consagrada utilizada na Prostatectomia Radical laparoscópica. A abordagem anterior com retirada da gordura pré-prostática é, primeiramente, realizada. Abriu-se a fásia endopélvica de ambos os lados. Pontos hemostáticos foram colocados ao nível das 4 e 8 horas próximos a junção da próstata com a bexiga. Uma incisão longitudinal abrindo a cápsula prostática e parte da bexiga foi feita permitindo a visualização do adenoma, do colo vesical e do interior da bexiga. Com manipulador de próstata o adenoma foi enucleado, hemostasia revisada, o colo vesical retrigonizado, a cápsula e a bexiga fechados. O tecido prostático enucleado foi morcelado permitindo a sua retirada sem necessidade de ampliação da incisão. Uma sonda Foley 22 de 3 vias foi colocada e irrigação contínua instalada. Um portovac ¼ foi utilizado de rotina em todos os pacientes. **RESULTADOS:** A média de idade foi de 69 anos (54-91), média de tempo de seguimento de 6 anos, volume prostático ao US transretal 134 g (80-435g), tempo cirúrgico médio de 105 min (65-180 min), perda sanguínea 390 ml (80-900ml). Lavagem vesical foi usada por 3 dias e a sonda retirada no quarto dia. O Qmax foi de 7,85 ml/s no pré-operatório e de 26 ml/s no pós-operatório avaliado após 30 dias da cirurgia. **CONCLUSÃO:** Esta série mostrou que a abordagem laparoscópica é uma alternativa viável a cirurgia aberta e com melhor conforto para o paciente devido as vantagens por ser uma técnica minimamente invasiva.

**Apresentação: Vídeo Livre**

### 157 - PIELOPLASTIA LAPAROSCÓPICA DESMEMBRADA

MARCELO RODRIGUES; ANA CAROLINA BROCHADO GEIST; MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; PAULO CERUTTI FRANCISCATTO; EDUARDO TOUGUINHA MASTALIR; MARCOS DIAS FERREIRA

#### RESUMO

**INTRODUÇÃO E OBJETIVOS:** Pieloplastia laparoscópica transperitoneal é uma alternativa a cirurgia aberta. Este vídeo

apresenta um caso de pieloplastia desmembrada. **MATERIAL & MÉTODOS:** Um paciente de 25 anos, masculino, apresentando dor lombar crônica, cuja investigação evidenciou a presença de estenose de JUP a esquerda. Foi submetido a abordagem videolaparoscópica transperitoneal, com identificação da presença de vasos anômalos como fator causal da estenose. A exposição do ureter proximal e pelve foi sem dificuldade, seguida pelo desmembramento. Fazendo-se uso de um recurso, que se trata do reparo da pelve seccionada com um fio usado transparietalmente para expor melhor a região, a colocação de duplo j por via anterógrada, a espatulação do ureter e a anastomose passando anteriormente aos vasos anômalos foi realizada com sucesso. **RESULTADOS:** O procedimento durou 135 minutos, com sangramento mínimo (80ml) e não houve complicação transoperatória. A sonda vesical foi retirada em 48h e o dreno de portovac em 72h. Cateter de Duplo J retirado 4 semanas do pós-operatório. **CONCLUSÃO:** O manejo laparoscópico da malformação como a estenose de JUP é factível. No entanto, deve ser reservado para centros que disponham de material adequado para laparoscopia avançada.

**Apresentação: Vídeo Livre**

### 158 - PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA PASSO A PASSO

PAULO CERUTTI FRANCISCATTO; MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; ISIDORO HENRIQUE GOLDRAICH; GILVAN NEIVA FONSECA; MARCOS DIAS FERREIRA; ANA CAROLINA BROCHADO GEIST

#### RESUMO

**INTRODUÇÃO E OBJETIVOS:** A laparoscopia é uma alternativa a cirurgia aberta para muitas doenças urológicas. O emprego de técnica minimamente invasiva visa realizar procedimentos eficientes associados a redução da morbidade. Neste vídeo, demonstramos o passo a passo da técnica de prostatectomia radical laparoscópica por via extraperitoneal, com ênfase especial nos planos anatômicos durante a dissecação. **MATERIAL & MÉTODOS:** Sob anestesia geral, os pacientes foram colocados em posição de litotomia e Trendelenburg. Os Trocateres utilizados são 2 de 10mm e 2 de 5mm. A abordagem anterior com retirada da gordura pré-prostática é, primeiramente, realizada. Abriu-se a fásia endopélvica de ambos os lados e Ligou-se o plexo venoso de Santorini. Após, realiza-se a dissecação do colo vesical. Fixamos a sonda foley transparietalmente para melhoria do campo cirúrgico. Na abordagem posterior da próstata, fazemos a liberação de vesículas seminais e ductos deferentes. Lateralmente à próstata, a dissecação preserva o pedículo neurovascular. Em seguida, libera-se o ápice da próstata seccionando-se o plexo venoso de Santorini e a uretra. Finalmente, realiza-se a anastomose uretrovesical, com sutura contínua visualizando a sonda foley. Colocação de drenos. **RESULTADOS:** Alta hospitalar em 72h. Retirada de porto vac em 48h e sonda foley em 4 semanas. **CONCLUSÃO:** Neste vídeo, são demonstrados os planos anatômicos em uma prostatectomia laparoscópica que visa a trifecta (cura da doença, manutenção da continência e da potência).

**Apresentação: Vídeo Livre**

### 159 - URETEROLITOTOMIA LAPAROSCÓPICA

PAULO CERUTTI FRANCISCATTO; MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; ISIDORO HENRIQUE GOLDRAICH; GILVAN NEIVA FONSECA; MIGUEL CERUTTI FRANCISCATTO; MARCOS DIAS FERREIRA; ANA CAROLINA BROCHADO GEIST

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO E OBJETIVOS:** O tratamento dos cálculos de ureter podem ser feitos com litotripsia extracorpórea ou litotripsia intracorpórea. A cirurgia aberta e laparoscópica são consideradas como cirurgia de excesso e usados na falha dos métodos anteriores. **MATERIAL & MÉTODOS:** Paciente feminina com 47 anos com domicílio a 700 Km do nosso hospital. Apresentou-se com um cálculo de 1,3 cm no ureter proximal esquerdo. Tinha sido submetida a duas sessões de litotripsia extracorpórea em sua cidade, sem sucesso. Ureterolitomia laparoscópica foi realizada. A abordagem cirúrgica foi transperitoneal, acesso pela técnica aberta, com 3 portais. Paciente em decúbito lateral direito. Após abordagem de retrocavidade com secção de linha de Toldt e descolamento do cólon esquerdo, o ureter esquerdo foi localizado, dissecado e reparado com fio transparietalmente. Finalmente, é realizado a incisão e extração do cálculo do ureter e fechado com sutura simples. **RESULTADOS:** O tempo operatório foi de 28 minutos. Não apresentou complicação no pós-operatório. Permaneceu internada por 24 horas e recebeu alta após a retirada do portovac.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**160 - ADRENALECTOMIA LAPAROSCÓPICA**

*PAULO CERUTTI FRANCISCATTO; MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; ISIDORO HENRIQUE GOLDRACH; GILVAN NEIVA FONSECA; MARCOS DIAS FERREIRA; ANA CAROLINA BROCHADO GEIST*

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO E OBJETIVOS:** Adrenalectomia laparoscópica pode ser realizada por via retroperitoneal ou por via transperitoneal. O acesso retroperitoneal evita as vísceras mas o espaço é restrito. O acesso transperitoneal propicia um espaço mais amplo. O vídeo demonstra esta via de abordagem. **MATERIAL & MÉTODOS:** Paciente do sexo feminino com 54 anos de idade com uma lesão de 3,5 cm na glândula suprarrenal direita. A paciente é colocada em decúbito lateral esquerdo. A abordagem transperitoneal é realizada por técnica aberta, com 3 portais. É feito afastamento superior do fígado com secção parcial do ligamento triangular direito. Incisase a reflexão posterior do peritônio imediatamente abaixo do fígado, entre a veia cava e o ligamento triangular direito, e identifica-se, geralmente pela cor amarela característica, a glândula adrenal. Procede-se a abordagem da face medial da glândula junto a veia cava inferior. Identifica-se a seguir a veia adrenal principal tributária da veia cava inferior, que é seccionada após ser clipada com hemolock. A seguir, a glândula é liberada da face superior do rim e da cava, ensacada e retirada. **RESULTADOS:** O anatomopatológico da peça cirúrgica revelou um gânglionoma de 3,5 cm. O tempo operatório foi de 55 minutos. Não houve complicação intra ou pós-operatória com mínima perda sanguínea e alta hospitalar em 36 horas. **CONCLUSÃO:** A via transperitoneal oferece um amplo campo cirúrgico, sendo uma abordagem com resultados eficientes.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**161 - NEFRECTOMIA PARCIAL VIDEOLAPAROSCÓPICA**

*ANA CAROLINA BROCHADO GEIST; MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; ISIDORO HENRIQUE GOLDRACH; GILVAN NEIVA FONSECA; PAULO CERUTTI FRANCISCATTO; MARCOS DIAS FERREIRA*

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO E OBJETIVOS:** Nefrectomia parcial é o padrão ouro para o tratamento dos tumores renais pequenos e a abordagem

laparoscópica permite a realização dessa cirurgia conservadora em associação a uma abordagem minimamente invasiva. Nosso vídeo visa demonstrar a técnica laparoscópica utilizada no Complexo Hospitalar da ISCMPA. **MATERIAL & MÉTODOS:** Esse vídeo demonstra passo-a-passo a técnica implementada atualmente nesse serviço, após a experiência de 174 nefrectomias parciais laparoscópicas realizadas no período de junho de 1997 a abril de 2012 para massas renais de 2 a 9,5cm. **RESULTADOS:** A técnica atualmente utilizada permite um tempo cirúrgico médio de 80 minutos, tempo de isquemia quente de 16 minutos em média e sangramento mínimo. **CONCLUSÃO:** A evolução das técnicas e do planejamento cirúrgico tornou a nefrectomia parcial laparoscópica factível com resultados semelhantes a cirurgia aberta.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**162 - CIRURGIA LAPAROSCÓPICA PARA FIBROSE RETROPERITONEAL**

*CRISTIANE PAIM PIRES; ANA CAROLINA BROCHADO GEIST; MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; GILVAN NEIVA FONSECA; PAULO CERUTTI FRANCISCATTO; MARCOS DIAS FERREIRA*

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO E OBJETIVOS:** A fibrose retroperitoneal é uma doença de provável origem auto-imune, mais frequente em homens que quando causa obstrução ureteral refratária ao tratamento clínico, passa a ter indicação de tratamento cirúrgico, podendo ser abordado por método minimamente invasivo. O vídeo pretende demonstrar um procedimento. **MATERIAL & MÉTODOS:** Fibrose retroperitoneal foi diagnosticada em uma paciente de 39 anos, feminina na qual foram colocados cateteres de duplo j bilateralmente. Foi planejado ureterólise laparoscópica bilateral em momentos diferentes. Este vídeo mostra a segunda cirurgia, do lado direito. Com a paciente em decúbito lateral esquerdo, foi realizada abordagem cirúrgica transperitoneal, acesso pela técnica aberta, com 3 portais. Realizado incisão na linha Toldt e liberado o cólon direito, seguindo desde a flexura hepática até vasos ilíacos, identificando-se, assim, o ureter. Após a dissecação de todo o seu trajeto, o mesmo foi intraperitonializado. **RESULTADOS:** Não houve complicações no transoperatório. Dreno de portovac foi removido no primeiro dia pós-operatório e a paciente recebeu alta hospitalar em 48h. O cateter duplo j foi removido na terceira semana após a cirurgia. **CONCLUSÃO:** Ureterólise e intraperitonialização videolaparoscópica é um método efetivo no tratamento da fibrose retroperitoneal.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**163 - PIELOLITOTOMIA LAPAROSCÓPICA**

*ANA CAROLINA BROCHADO GEIST; MIRANDOLINO BATISTA MARIANO; ISIDORO HENRIQUE GOLDRACH; GILVAN NEIVA FONSECA; PAULO CERUTTI FRANCISCATTO; MARCOS DIAS FERREIRA*

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO E OBJETIVOS:** Nos poucos casos em que há indicação de remoção cirúrgica aberta de cálculo e em nos casos de falha de outros métodos de terapia minimamente invasiva, a cirurgia videolaparoscópica pode ser uma alternativa atraente em substituição a cirurgia aberta. Neste vídeo, apresentamos casos nos quais foi necessário utilização de método cirúrgico para resolução da litíase. **MATERIAL & MÉTODOS:** Demonstração de 4 procedimentos videolaparoscópicos, 3 por falha dos métodos minimamente invasivos e 1 por cálculo de baixa densidade e constituição

pastosa. Os casos demonstrados teriam indicação de cirurgia aberta, mas optou-se pelo método laparoscópico. **RESULTADOS:** Os cálculos foram retirados com sucesso em todos os casos, sendo que em um deles foi necessária associação com método endourológico. Não houve complicação transoperatória. **CONCLUSÃO:** A pielolitomia laparoscópica é um procedimento seguro e efetivo, que permite ao urologista seguir com uma linha de tratamento minimamente invasiva, quando os tratamentos de primeira linha falharem, e também é um opção de tratamento primário, ao invés da cirurgia aberta, nas situações em que o tratamento pelos métodos clássicos provavelmente não será efetivo.

#### **Apresentação: Vídeo Livre**

### **164 - REIMPLANTE URETERAL LAPAROSCÓPICO: TÉCNICA DE PSOAS HITCH**

*PEDRO ROMANELLI DE CASTRO; CECÍLIA ALCANTARA BRAGA; JOÃO PAULO SANTOS GOUVÊA; ÁTILA MAGALHÃES VICTÓRIA; RICARDO HISSASHI NISHIMOTO; HERMAN BARBOSA*

#### **RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** O reimplante ureteral laparoscópico é uma técnica amplamente demonstrada na literatura. As lesões ureterais são complicações reconhecidas da cirurgia pélvica e o crescente volume dos procedimentos ureteroscópicos e das laparoscopias ginecológicas aumentaram a incidência desta complicação. Essas lesões ocorrem em 0,1 a 1,5% das cirurgias pélvicas para doenças benignas e em 5% das cirurgias pélvicas oncológicas, sendo os procedimentos ginecológicos responsáveis por 34% das lesões ureterais. O tratamento das lesões ureterais por via laparoscópica é factível e deve seguir os mesmos princípios da reconstrução na cirurgia convencional. **RELATO DE CASO:** Paciente, sexo feminino, em pós-operatório de histerectomia evoluiu com hidronefrose e redução da captação de contraste do rim esquerdo. Submetida, então, a tratamento laparoscópico para reimplante ureteral pela técnica de psoas Hitch e confecção de túnel antirrefluxo. Não houve complicações no per ou pós-operatório. A paciente recebeu alta hospitalar dois dias após o procedimento. **CONCLUSÃO:** O reimplante ureteral laparoscópico é uma técnica com resultados semelhantes à técnica convencional e tem os benefícios da cirurgia minimamente invasiva. Essa técnica requer treinamento vasto em cirurgia laparoscópica e exige segurança na confecção de sutura intracorpórea.

#### **Apresentação: Vídeo Livre**

### **165 - DERIVAÇÕES URINÁRIAS: EXPERIÊNCIA INICIAL**

*FERNANDA DINELLI SCALA; CECÍLIA ALCANTARA BRAGA; PEDRO ROMANELLI DE CASTRO; RICARDO HISSASHI NISHIMOTO; THAISA BARBOSA; LUCIANA PYRAMO*

#### **RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** A cistoprostectomia representa o padrão no tratamento dos tumores invasivos de bexiga, porém ainda com grande impacto na qualidade de vida dos pacientes. Abordagens laparoscópicas vêm sendo empregadas cada vez mais no tratamento das neoplasias e na reconstrução da via urinária, seja esta realizada via extracorpórea, por meio de minilaparotomia ou totalmente intracorpóreas. **OBJETIVO:** Apresentar a experiência inicial de nossa equipe, com 3 casos de derivações urinárias laparoscópicas, sendo elas: confecção de neobexiga ileal ortotópica videoassistida, ureteroileostomia (Bricker) e colostomia úmida. **PACIENTES E MÉTODOS:** A confecção da neobexiga ileal e

o reimplante ureteral foram realizados de forma extracorpórea, pela incisão para retirada da peça cirúrgica (de apenas 5 cm), com o objetivo de reduzir o tempo cirúrgico e o custo, sem perder o caráter minimamente invasivo. A confecção da bolsa ileal e anastomoses ureterais para a realização do Bricker também foram de manejo extracorpóreo, pela incisão em que se exteriorizaria a ureteroileostomia. A colostomia úmida foi realizada em paciente com neoplasia colorretal avançada, já portadora de colostomia definitiva, onde foram implantados os ureteres, desviando o fluxo urinário uma vez obstruído pelo tumor. **RESULTADOS:** As derivações urinárias laparoscópicas são opções factíveis e permitem a reprodução da técnica aberta com as vantagens de um procedimento minimamente invasivo. Por serem técnicas de maior complexidade, a confecção da neobexiga extracorpórea e da bolsa ileal para ureteroileostomia por pequenas incisões reduzem o tempo cirúrgico e os custos da cirurgia, ainda respeitando o objetivo de mínima agressão ao organismo. **CONCLUSÃO:** A derivação urinária laparoscópica, seja intra ou extracorpórea, conta com os benefícios de uma cicatriz cirúrgica reduzida, menor sangramento e dor pós-operatória, além da recuperação mais rápida do paciente.

#### **Apresentação: Vídeo Livre**

### **166 - HEMINEFRECTOMIA LAPAROSCÓPICA**

*GEOVANA BRANDÃO SIMÕES LEITE; PEDRO ROMANELLI DE CASTRO; FERNANDA DINELLI SCALA; JOÃO PAULO SANTOS GOUVEA; PAULO ARANTES; RICARDO HISSASHI NISHIMOTO*

#### **RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** A nefrectomia laparoscópica parcial (NLP) foi inicialmente descrita em modelos animais e subsequentemente realizada por via transperitoneal e retroperitoneal em seres humanos. A nefrectomia laparoscópica tem sido amplamente aceita pela comunidade urológica desde a descrição do primeiro caso por Clayman em 1991. Vários pesquisadores têm desenvolvido técnicas para facilitar o procedimento (NLP), melhorando a hemostasia do parênquima renal e diminuindo a morbidade operatória devido a fistula urinária. Os tumores renais menores do que 4 cm, exofíticos e localizados no pólo inferior, são os preferidos para realização de NLP, uma alternativa minimamente invasiva, com menor morbidade pós-operatória e com resultados oncológicos semelhantes a técnica aberta. **OBJETIVO:** Apresentar o vídeo de uma heminefrectomia e descrever passo a passo todas as etapas da técnica. **PACIENTE E MÉTODO:** Apresentamos o caso de uma paciente de 34 anos, sindrômica, com história prévia de ressecção de tumor dermóide em parede abdominal e com diagnóstico de tumor renal de aproximadamente 5 cm. Foi realizada angiogramografia computadorizada para avaliação da vascularização renal. A paciente foi submetida a heminefrectomia com ressecção do tumor. Durante a cirurgia, foram dissecadas as ramificações da artéria renal, o que possibilitou uma ligadura específica. Após ressecção, foi evidenciada abertura do sistema coletor, o qual foi fechado com sutura contínua. **RESULTADOS:** O tempo cirúrgico foi de 150 minutos e o tempo de clampamento renal com isquemia quente de 14 minutos. O sangramento foi estimado em 150 ml. A paciente recebeu alta no 20 DPO com boa evolução. O anátomo patológico evidenciou carcinoma de células claras com margens livres. **CONCLUSÃO:** A nefrectomia parcial laparoscópica é uma cirurgia complexa, porém minimamente invasiva, e que pode ser efetiva e segura.

#### **Apresentação: Vídeo Livre**

### **167 - NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA EM TUMORES MÚLTIPLOS**

PEDRO ROMANELLI DE CASTRO; RICARDO HISSASHI NISHIMOTO; RICARDO AUGUSTO COUTO MARTINS; PAULO ARANTES; GEOVANA BRANDÃO SIMÕES LEITE; FERNANDA DINELLI SCALA

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A primeira Nefrectomia Parcial Laparoscópica (NPL) foi realizada há cerca de 10 anos. Com o rápido avanço da Laparoscopia, diversos centros publicaram suas séries. Inicialmente, somente pequenos tumores periféricos foram tratados com a técnica laparoscópica, porém, com a padronização da técnica operatória e maior experiência, tumores maiores, de localização central e hilar começaram a ser operados com sucesso. As indicações da NPL dependem muito da experiência da equipe cirúrgica. Geralmente indicada para tumores renais com menos de 4 cm de localização anatômica favorável. Porém, atualmente as indicações de NPL têm sido expandidas à tumores centrais, hilares e de maior volume. **OBJETIVO:** Apresentar o vídeo de uma nefrectomia parcial em um paciente com três tumores no rim direito. **PACIENTE E MÉTODO:** Neste vídeo, apresentamos um paciente de 74 anos, com 3 tumores no rim direito, com 3,8 cm, 2,0 cm e 1,2 cm respectivamente, tratado com nefrectomia parcial laparoscópica. O menor tumor foi ressecado sem clameamento do pedículo e os dois restantes foram retirados em bloco. São discutidos alguns detalhes técnicos desta abordagem. **RESULTADOS:** Não ocorreram complicações per operatórias e o tempo de isquemia renal quente foi de 20 minutos. Paciente recebeu alta no terceiro dia de pós-operatório. O anatomopatológico confirmou Carcinoma de células renais com margens negativas. **CONCLUSÃO:** O acesso laparoscópico permitiu a reprodução da nefrectomia parcial aberta, mesmo em um caso com tumores múltiplos.

**Apresentação: Vídeo Livre**

### 168 - NEFROPEXIA VIDEOLAPAROSCÓPICA COM COLOCAÇÃO DE TELA

PEDRO ROMANELLI DE CASTRO; PAULO ARANTES; BRUNO MELLO; RICARDO HISSASHI NISHIMOTO; JOÃO PAULO SANTOS GOUVÊA; FERNANDA DINELLI SCALA

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Até ser questionada como “tratamento inefetivo para uma doença imaginária”, por McWhinnie and Hamilton, em 1984, a nefropexia foi um dos procedimentos mais executados pelos urologistas do final do século 19. Com o advento da cirurgia minimamente invasiva e um maior rigor no diagnóstico da ptose renal, novas técnicas cirúrgicas têm sido relatadas. Atualmente, a nefropexia laparoscópica é descrita na literatura com excelentes resultados, em termos de melhora sintomática e baixos índices de morbimortalidade. E, no futuro, poderá tornar-se padrão ouro no manejo da ptose renal. **OBJETIVO:** Apresentar o vídeo de uma nefropexia laparoscópica com colocação de tela e descrever a técnica utilizada. **PACIENTE E MÉTODO:** Neste vídeo, apresentamos o caso de um paciente de 35 anos, do sexo feminino, com diagnóstico de ptose renal, submetida à nefropexia laparoscópica com colocação de tela, pelo acesso transperitoneal. **RESULTADOS:** Não ocorreram complicações per operatórias e o tempo cirúrgico total foi de 90 minutos. Paciente recebeu alta no 3º dia de pós-operatório, sem intercorrências. Atualmente, com melhora sintomática importante. **CONCLUSÃO:** A nefropexia laparoscópica, quando bem indicada, é uma cirurgia com baixos índices de morbimortalidade e boa resolubilidade.

**Apresentação: Vídeo Livre**

### 169 - NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA: TÉCNICA PASSO A PASSO

PEDRO ROMANELLI DE CASTRO; RICARDO HISSASHI NISHIMOTO; PAULO ARANTES; BRUNO MELLO; JOÃO PAULO SANTOS GOUVÊA; ÁTILA MAGALHÃES VICTORIA

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Desde que Clayman publicou a primeira nefrectomia laparoscópica em 1991, este acesso ganhou grande número de adeptos entre os urologistas. O acesso laparoscópico para o tratamento de patologias malignas como o carcinoma de celular renais tem sido a preferência em relação ao acesso convencional devido sua menor morbidade pós-operatória com retorno precoce as atividades habituais, além de demonstrar os mesmos resultados oncológicos que a técnica aberta. A nefrectomia parcial laparoscópica é uma alternativa minimamente invasiva para o tratamento de tumores renais, especialmente para leões menores do que 4cm. **OBJETIVO:** Apresentar o vídeo de uma nefrectomia parcial e descrever passo a passo todos as etapas da técnica. **PACIENTE E MÉTODO:** Neste vídeo, apresentamos o caso de uma paciente de 60anos, do sexo feminino, com diagnóstico de tumor renal à direita de 3 cm de diâmetro, submetida a nefrectomia parcial laparoscópica pelo acesso transperitoneal, na qual foi mostrado todos os detalhes da técnica. **RESULTADOS:** Não ocorreram complicações per operatórias e o tempo de isquemia renal quente foi de 14 minutos. Paciente recebeu alta no segundo dia de pós operatório, Anátomo patológico evidenciou carcinoma de células renais. **CONCLUSÃO:** A nefrectomia parcial é uma cirurgia complexa e possui vários detalhes técnicos que tornam a cirurgia mais efetiva e segura.

**Apresentação: Vídeo Livre**

### 170 - NEFRECTOMIA LAPAROSCÓPICA POR ACESSO ÚNICO: EXPERIÊNCIA INICIAL

PEDRO ROMANELLI DE CASTRO; PAULO ARANTES; RICARDO NISHIMOTO; ÁTILA MAGALHÃES VICTORIA; GUSTAVO ABRAS; RICARDO AUGUSTO MARTINS

## RESUMO

**Introdução** Os tratamentos minimamente invasivos apresentam constante evolução, trazendo junto desafios e necessidade de treinamento em novas técnicas. Desta forma, foram criadas as cirurgias por portal único. Através de uma única incisão na cicatriz umbilical é inserido um portal com vários canais de trabalho, por onde a cirurgia é realizada com um menor trauma e melhor apelo estético. Esta técnica vem apresentando grande evolução e crescimento com a maior disponibilidade de equipamentos endoscópicos de menor calibre, articulados, com melhor qualidade ótica, possibilitando sua utilização para um grande número de cirurgias. **Paciente e Métodos** Paciente de 78 anos, portador do rim esquerdo não funcionante, com pielonefrites de repetição. A cirurgia foi realizada através do acesso videolaparoscópico, no Hospital Madre Teresa, com a utilização de uma plataforma de acesso único denominada SILS™. Foi utilizada uma pinça articulada e uma pinça de LigaSure™ como fonte de energia. Não houve complicações no per-operatório e o tempo cirúrgico foi de 120 minutos. O sangramento estimado foi de 50 ml. O paciente recebeu alta hospitalar com 24 horas de pós operatório. O resultado estético da cirurgia foi bastante satisfatório. **Discussão** As cirurgias laparoscópicas convencionais apresentam uma clara diminuição na dor pós operatória, menor sangramento, uma internação mais curta, reduz o aparecimento de aderências no pós operatório, tem menor índice de morbidades da parede abdominal e melhor resultado estético. As cirurgias laparoscópicas por portal único tem como objetivo ampliar ainda mais estes benefícios, reduzindo o número de incisões para introdução de trocartes e consequentemente o trauma a parede abdominal, além de melhor

resultado estético. No entanto, apresenta necessidade de mais materiais descartáveis, com maior custo, e uma nova curva de aprendizado a ser enfrentada. O desenvolvimento de novos materiais e equipamento tem tentado dar maior segurança a estas cirurgias e facilitar o seu aprendizado, permitindo assim, uma maior difusão desta técnica. A escolha de uma fonte de energia adequada facilita estas cirurgias por reduzir o sangramento e por permitir coagular e seccionar o tecido com apenas um instrumento, o que reduz a colisão entre as pinças. O controle do sangramento deve ser rigoroso pois trabalha-se com limitação dos movimentos o que dificulta o controle de hemorragias. Outro ponto importante é o ensacamento da peça, que para ser realizado de uma forma mais eficiente necessita instrumentais que tenha a abertura do saco sem a necessidade de utilizar as pinças. Isto facilita o ensacamento e conseqüentemente a retirada da peça com uma menor incisão. Conclusão Cirurgia urológicas por portal único são factíveis em casos selecionados e permitem a realização de uma cirurgia segura e com baixa morbidade.

**Apresentação: Vídeo Livre**

### 171 - NEFRECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA EM TUMOR RENAL T2 RARO

ROBERTO HELENO LOPES; LIPE DE MELLO ALVIM; JULIANA BOLANDINI DE MATOS; FREDERICO AUGUSTUS MARTINS DE RESENDE; RODRIGO FARIA GOMES; ALEXANDRE FERREIRA DE OLIVEIRA; JOÃO BAPTISTA DE PAULA FRAGA

#### RESUMO

Paciente feminina, 60 anos, iniciou quadro de dor em região lombar direita e um episódio de hematuria. Realizado toda a propedêutica e em tomografia computadorizada foi evidenciado: Lesão sólida, heterogênea, arredondada de 8,5 x 7 cm, localizada na região antero-lateral e mesorenal direita. Neoplasia renal? Realizado então nefrectomia videolaparoscópica transperitoneal. Procedimento de 145 min, sem intercorrências. Alta no 2º pós-operatório. Laudo anatomo-patológico: Neoplasia renal com aspecto ora fusiforme ora tubular medindo 9,0 x 6,0cm, comprometendo parênquima e seios renais. não foram observadas invasão vascular e cápsula. Pelve e ureteres livres de neoplasia. Gordura peri-renal livre de neoplasia. Imunohistoquímica: Carcinoma renal de células fusiformes e tubular mucinoso (crctfm). O crctfm foi primeiramente descrito em 1998, e tem poucos trabalhos publicados na literatura. Considerado raro até hoje, sabe-se que tem predominância no sexo feminino, entre 50 e 65 anos. Apresenta comportamento indolente e guarda um bom prognóstico, especialmente se comparado ao carcinoma renal de células claras. Metastase são escritas na literatura em casos excepcionais.

## Área TRAUMA

**Apresentação: Vídeo Livre**

### 172 - FRACASSOS DA VIDEOSQUIRURGIA NO TRAUMA ABDOMINAL - LIÇÕES DE 16 ANOS DE EXPERIÊNCIA

MIGUEL PRESTES NÁCUL; JOÃO VICENTE MACHADO GROSSI

#### RESUMO

A videolaparoscopia se mostra útil em casos selecionados de pacientes com trauma abdominal, evitando laparotomias

diagnósticas em mais da metade dos casos selecionados, porém suas indicações permanecem restritas. Hospital referência no tratamento do trauma em Porto Alegre, RS, o Hospital de Pronto Socorro utiliza a videolaparoscopia na abordagem do trauma abdominal desde 1996 com uma experiência de 169 casos operados. Os autores analisam três casos de complicações na abordagem do trauma abdominal por videolaparoscopia. O primeiro caso demonstra um ferimento por arma de fogo na transição tóraco-abdominal direita com lesão hepática e diafragmática que evoluiu com uma fístula bílio-pleural no pós-operatório necessitando cirurgia aberta. O segundo caso mostra um ferimento por arma branca de parede abdominal anterior com hemoperitônio moderado e hematoma retro-peritoneal que não diagnosticou uma lesão de veia ilíaca externa, necessitando reoperação. O terceiro caso mostra um paciente com um ferimento por arma branca da transição tóraco-abdominal esquerda com trajeto retro-peritoneal incluindo lesão de rim esquerdo. Abordado conservadoramente por videolaparoscopia, o paciente necessitou reoperação por sangramento renal. Os autores enfatizam a necessidade da indicação precisa para a utilização da videolaparoscopia no trauma e o uso da conversão para cirurgia aberta quando os achados trans-operatórios não forem conclusivos.

## Área CIRURGIA GERAL

**Apresentação: Vídeo Livre**

### 173 - O TUBO GÁSTRICO ISOPERISTÁLTICO RETROESTERNAL NO TRATAMENTO PALIATIVO DO CÂNCER DO ESÔFAGO (TÉCNICA DE POSTLETHWAIT) – PROPOSTA TOTALMENTE POR VIDEOLAPAROSCOPIA

CROIDER FRANCO LACERDA; ANTÔNIO TALVANE DE OLIVEIRA

#### RESUMO

**OBJETIVO** Demonstrar por vídeo editado, de um caso, da casuística de 25 pacientes operados, em 3 anos de experiência, com a confecção de um tubo gástrico isoperistáltico de grande curvatura e transposto por via retroesternal até a região cervical, como proposto por Postlethwait em 1979. O tubo gástrico, permite realimentação oral imediata, e impede a broncopneumonia aspirativa. Propomos esta mesma técnica proposta por Postlethwait aberta em 1979, por videolaparoscopia. **TÉCNICA** A técnica envolve a criação de um tubo de mais ou menos 3 cm de largura com preservação dos vasos gastroepilóicos direitos. Para tanto, o estômago é dividido em uma linha paralela à grande curvatura, com o auxílio de sutura mecânica linear. Esta divisão se estende do antro em direção ao fundo gástrico. O estômago seccionado lembra um “V”, no qual a parte correspondente à pequena curvatura drena o esôfago distal em relação ao tumor. É realizado uma cervicotomia esquerda com uma incisão de oito a dez centímetros de extensão, no bordo interno do músculo esternocleidomastóideo até a fúrcula externa. O tubo gástrico de grande curvatura é passado por via subesternal e anastomosado ao coto proximal do esôfago cervical, cuja extremidade distal é fechada por uma sutura em plano único pela técnica manual. Este procedimento é completado por uma sonda nasoenteral para alimentação, que é retirada quando o paciente retorna a deglutir por via oral no pós-operatório. A grande curvatura gástrica era individualizada, preservando-se a arcada da artéria gastroepilóica direita. Incisava-se a pele e o músculo platísmo e seccionava-se todos os músculos pré-tireoideanos e afastava-se a glândula tireoide medialmente e o músculo esternocleidomastóideo esquerdo. As fístulas da anastomose cervical são complicações da

técnica. Postlethwait atribuiu à ausência da serosa do esôfago, o decréscimo do fluxo sanguíneo na porção terminal do tubo, falha técnica e tensão excessiva da anastomose. A tração do esôfago no momento da deglutição causaria tensão da anastomose e, como conseqüência, isquemia transitória local. **DISCUSSÃO** Em síntese, a reconstrução do trânsito esofágico através do tubo gástrico isoperistáltico por videolaparoscopia, constitui-se em uma opção terapêutica para pacientes nos estádios clínicos III e IV, com o intuito de diminuir a disfagia e excluir a fístula traqueoesofágica em pacientes com condições clínicas satisfatórias. **CONCLUSÃO** Desta maneira, pode-se concluir que o tubo gástrico isoperistáltico de grande curvatura parece oferecer melhora significativa da ingestão oral com qualidade de vida satisfatória e morbidade e mortalidade aceitáveis, em vista do perfil de pacientes em que se atua. Assim sendo, a abordagem por videolaparoscopia é factível e reproduzível, é um bom método paliativo para o tratamento cirúrgico da neoplasia maligna avançada do esôfago.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**174 - CIRURGIA COMBINADA: HEMI-HEPATECTOMIA ESQUERDA COM RETOSSIGMOIDECTOMIA PARA TRATAMENTO DA NEOPLASIA DE CÓLON COM METÁSTASE HEPÁTICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA**

ANTÔNIO TALVANE DE OLIVEIRA; CROIDER FRANCO LACERDA; ARMANDO MELANI

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** Atualmente hepatectomias maiores como hemihepatectomias esquerda e direita são realizadas em alguns centros mundiais com conhecimento em videolaparoscopia e cirurgia hepática. O treinamento da equipe cirúrgica e o desenvolvimento de novos instrumentais para uso em videocirurgia como bisturi harmônico, grameadores vasculares possibilitaram a realização de ressecções hepáticas por este método. Ao mesmo tempo houve uma ampliação nas indicações com a inclusão de doenças malignas. O objetivo deste vídeo editado é descrever a técnica detalhada de uma hepatectomia esquerda, totalmente por videolaparoscopia, para tratamento de neoplasia, combinada com uma retossigmoidectomia por videolaparoscopia. **TÉCNICA:** Vídeo editado de hepatectomia esquerda, realizada em paciente com lesão em seguimento IVb do fígado e com tumor primário de sigmoide. O pneumoperitônio com CO<sub>2</sub> é estabelecido com pressão abdominal de 12 mmHg. Utilizamos 6 trocartes, O trocarter de 12 mm é necessário para o uso do endogrampeador com carga (vascular) branca para 60mm. A cavidade abdominal e o fígado são visualizados com laparoscópio de 10 mm de 30°. Inicia-se o procedimento com a secção dos ligamentos redondos e falciforme. O conhecimento da anatomia é fundamental, com identificação do pedículo do seguimento do lobo esquerdo com dissecção do hilo hepático, com identificação das estruturas vasculares. Após a identificação, a ligadura com grameadores laparoscópicos com carga branca ou prata de 60 ou 45 mm. Dissecção cuidadosa da veia supra-hepática esquerda e ligadura ou simples reparo com clips, ou podendo fazer sua ligadura dentro do parênquima. Procede a secção do parênquima hepático com pinça Laparoscópica Harmonic ACE ou LigaSure Atlas, e hemostasia do parênquima com argônio. Podendo ser usado endogrampeador vascular em todo o parênquima hepático com boa hemostasia e menor tempo cirúrgico. É fundamental a atuação do anestesiolegista nesta fase do procedimento. Ele deve manter o paciente com pressão venosa central baixa. O procedimento termina com secção da supra-hepática esquerda, com endogrampeador. Logo após coloca-se a espécime cirúrgica em "saco" plástico, para retirada em incisão supra-púbica, após a colectomia. Após a hepatectomia, inicia a retossigmoidectomia com acesso ao mesocólon de medial para

lateral até o reto, o ângulo esplênico e liberado, finalizando a ressecção do cólon. Uma pequena incisão supra-púbica é realizada para retirada do lobo hepático. Após o fechamento da incisão, realiza a anastomose colônica. Todo o procedimento tem a duração de 3 horas, sem intercorrência. **CONCLUSÃO:** Analisando-se os artigos publicados, pode-se concluir que a hepatectomia combinada a colectomia por videolaparoscopia é um procedimento factível, sendo o número de casos pequenos, necessitando de uma série de casos maiores para avaliar os benefícios.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**175 - ESOFAGECTOMIA EM 3 CAMPOS: TEMPO TORÁCICO EM PRONA E ABDOMINAL COM CONFECÇÃO DE TUBO GÁSTRICO, TOTALMENTE POR VIDEOCIRURGIA PARA O TRATAMENTO DA NEOPLASIA DO ESÔFAGO**

CROIDER FRANCO LACERDA; TALVANE DE OLIVEIRA; PAULO BERTOLUTTI

**RESUMO**

**OBJETIVO:** Apresentar um vídeo editado de uma esofagectomia para o tratamento da neoplasia de esôfago, através do acesso torácico por toracoscopia e laparoscopia para o preparo do estômago com confecção do tubo gástrico com linfadenectomia do tronco celíaco com confecção do tubo gástrico intra-abdominal e dissecção do esôfago abdominal com posterior cervicotomia em "colar", para linfadenectomia cervical, e anastomose "esôfago-tubo-gástrico" com grameadores mecânicos. **MATERIAL E MÉTODOS:** Apresentação de um vídeo editado. O posicionamento do doente é em decúbito ventral (PRONA), ficando o cirurgião e auxiliando a direita do paciente (câmera e apresentação). O monitor, quando único, posiciona-se a frente, a esquerda da mesa operatória. Utiliza-se 4 punções: Trocâteres de 11 mm, 5 mm ou 12 mm caso utilize grameadores vasculares para a ligadura da ázigos, ou podendo utilizar trocâteres de minilaparoscopia (3mm), no tempo torácico, dando uma boa visão do campo operatório. Inicia com lise de aderências pleurais, afastando o pulmão com afastador apropriado, já em ventilação seletiva. A dissecção da pleura próximo ao esôfago superiormente com dissecção e ligadura da veia ázigos com "clips" metálicos, plásticos, fios de sutura ou grameadores. O esôfago é totalmente dissecado com linfadenectomia do mediastino e infra-carinal, com boa visualização dos vasos pulmonares, ducto torácico faz parte da peça juntamente com os linfonodos paraesofágicos. O dreno de tórax já é posicionado sob visão direta pelo orifício do trocarter. O paciente é reposicionado, e a cirurgia segue ao seu tempo convencional com laparoscopia e cervicotomia, com confecção do "tubo" gástrico e anastomose esôfago-gástrico cervical, jejunostomia ou não. **CONCLUSÃO:** Os resultados observados são satisfatórios, para os pacientes com indicação de abordagem por toracotomia, evitando-se uma abordagem, que é para o paciente, dolorosa e limitante, com boa evolução no pós-operatório. A linfadenectomia foi satisfatória, com número de linfonodos dissecados adequado para o estadiamento do paciente.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**176 - ESOFAGECTOMIA TRASHIATAL LAPAROSCÓPICA PARA O TRATAMENTO DA NEOPLASIA DE ESÔFAGO E CONFECÇÃO DO "TUBO" GÁSTRICO TOTALMENTE INTRA-ABDOMINAL COM GRAMPEAMENTO E ANASTOMOSE TOTALMENTE MECÂNICO**

CROIDER FRANCO LACERDA; ANTÔNIO TALVANE DE OLIVEIRA; PAULO BERTOLUCCI

**RESUMO**

**OBJETIVO:** Apresentar um vídeo editado de uma esofagectomia para o tratamento da neoplasia de esôfago precoce de esôfago distal, através do acesso laparoscópico e transmediastinal e com o preparo do estômago com confecção do tubo gástrico intra-abdominal e dissecação do esôfago abdominal e torácico e cervicotomia esquerda para confecção da anastomose esôfago-gástrica com grampeamento mecânico e linfadenectomia do tronco celíaco e mediastinal. **MATERIAL E MÉTODOS:** O posicionamento do doente é em litotomia com membros inferiores estendidos, afastados e adequadamente amparados em perneira apropriada, ficando o cirurgião entre as pernas, e os auxiliares à esquerda do paciente (câmera e apresentação). O monitor, quando único, posiciona-se na cabeceira a direita da mesa operatória. Utiliza-se 6 punções. Com o pneumoperitônio de 12 mmHg inicia-se o procedimento que consiste na abertura da membrana frenoesofágica e do omento maior, dando acesso ao ramo direito do pilar direito do diafragma, a partir deste ponto libera-se o tecido peri-esofágico ao redor do esôfago terminal, isolando-se o esôfago com dissecação da transição esôfago-gástrica reparando o esôfago abdominal com dreno de penrose ou com afastador flexível (endoflex). Nesta mesma apresentação realiza-se a linfadenectomia do tronco celíaco. Neste momento prossegue-se a dissecação sob visão direta do corpo do esôfago com identificação das pleuras, do pericárdio, da veia ázigos e dos troncos vagais em toda extensão torácica, a linfadenectomia do mediastino é realizada, ficando a aorta totalmente exposta. Após completada a dissecação do esôfago abdominal e torácico inicia-se o preparo do estômago com liberação da grande curvatura. Completado o preparo do estômago com confecção de um tubo intra-abdominal com 5 cargas (com grampeador linear laparoscópico – Echelon carga dourada ou azul), e retirada da peça cirúrgica via por pequena laparotomia ou para lesões precoces por via cervical com protetor. Pratica-se por meio da cervicotomia esquerda a dissecação do esôfago cervical. Por tração delicada da peça cirúrgica, exterioriza-se o esôfago e a parte proximal do tubo gástrico na região cervical, efetua-se a anastomose do tubo com o esôfago com grampeador circular 21 ou 25. Durante a tração cervical do esôfago previamente dissecado deve-se acompanhar a passagem do esôfago e do estômago pelo mediastino sob visão direta com auxílio da ótica posicionada no mediastino inferior. **CONCLUSÃO:** Paciente inicia dieta enteral no primeiro PO e VO no terceiro e alta hospitalar em média no sétimo PO. A linfadenectomia, com número de linfonodos dissecados semelhantes a técnica convencional. Sendo a técnica segura e traz excelentes resultados no pós-operatório.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**177 - ESOFAGOGASTRECTOMIA RADICAL COM ESOFAGOCOLOPLASTIA CERVICAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA ASSISTIDA, PARA TRATAMENTO DE NEOPLASIA DA TEG**

ANTÔNIO TALVANE TORRES DE OLIVEIRA; CROIDER FRANCO LACERDA; ARMANDO MELANI

**RESUMO**

**OBJETIVO:** Apresentar um vídeo de um paciente de uma casuística de 5 casos submetido a esofagogastrectomia radical, para o tratamento da neoplasia da transição esofagogástrica através do acesso laparoscópico e transmediastinal para esofagectomia e gastrectomia total com linfadenectomia a D2 e com reconstrução com o cólon transverso e reconstrução do trânsito íleo terminal com cólon descendente por videolaparoscopia e cervicotomia esquerda para confecção da anastomose esofagocolon. **MATERIAL E MÉTODOS:** Apresentação de vídeo editado. O

posicionamento do paciente foi em litotomia com membros inferiores estendidos, afastados e adequadamente amparados em perneira apropriada e os ombros amparados, ficando o cirurgião entre as pernas, e os auxiliares à esquerda do paciente (câmera e apresentação), e posteriormente modificado para preparo do cólon. O procedimento inicia com a esofagectomia transmediastinal. Neste momento prossegue-se a dissecação sob visão direta do corpo do esôfago com identificação das pleuras, do pericárdio, da veia ázigos e dos troncos vagais em toda extensão torácica, e posterior gastrectomia total. Após completada a dissecação do esôfago abdominal e torácico inicia-se o preparo do estômago com epiplectomia, realizando a linfadenectomia do tronco celíaco, e cadeia correspondentes a D2. Pode-se empregar o eletrocautério monopolar ou bipolar ou, preferencialmente, o Harmonic ACE, para secção dos vasos curtos, e do epiplon gastrocólico. Para ligadura da artéria e veia gastroepiplóica e da artéria e veia gástrica esquerda utiliza-se clipagem dupla. A retirada da peça cirúrgica via por pequena laparotomia supraumbilical de 8 a 10 cm. O preparo colônico é totalmente por videolaparoscopia, iniciando a mobiliza-lo no ângulo esplênico até o reto alto, e completa a dissecação do cólon ascendente até visualizar o duodeno. Prática-se por meio da cervicotomia esquerda a dissecação do esôfago cervical. Por tração delicada da peça cirúrgica, exterioriza-se o cólon, após o preparo e a escolha da arcada com melhor vascularização para que o cólon, a qual realizara a reconstrução do trânsito intestinal passando o cólon transmediastinal, efetua-se a anastomose do cólon com esôfago cervical com grampeador circular 25. Durante a tração cervical do esôfago previamente dissecado deve-se acompanhar a passagem do cólon para o mediastino. Posiciona-se a sonda gástrica no cólon agora transtorácico e jejunostomia. Empregamos drenagem cervical e abdominal. Os pacientes tiveram boa recuperação, com alta da UTI precocemente e em média alta hospitalar no oitavo pós-operatório. **CONCLUSÃO:** Os resultados observados na esofagogastrectomia e esofagocoloplastia laparoscópica para o tratamento da neoplasia da TEG foram satisfatórios. A linfadenectomia, com número de linfonodos dissecados, neste caso apresentado, foi de 87 linfonodos dissecados na peça.

**Apresentação: Vídeo Livre**

**178 - GASTRECTOMIA SUBTOTAL (4/5) COM LINFADENECTOMIA D2 E RECONSTRUÇÃO EM Y DE ROUX, PARA O TRATAMENTO DA NEOPLASIA GÁSTRICA, TOTALMENTE POR VIDEOLAPAROSCOPIA**

CROIDER FRANCO LACERDA; ANTÔNIO TALVANE DE OLIVEIRA; PAULO BERTOLUTTI

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** Uma gastrectomia subtotal (4/5) com linfadenectomia D2 com reconstrução Y de Roux, por videolaparoscopia para o tratamento de neoplasia gástrica, será apresentado em forma de vídeo editado. **DISCUSSÃO:** O posicionamento do doente é em litotomia com membros inferiores estendidos, afastados e adequadamente amparados em perneira apropriada, ficando o cirurgião entre as pernas, e os auxiliares à esquerda do paciente (câmera e apresentação). O monitor, quando único, posiciona-se na cabeceira a direita da mesa operatória. Utiliza-se 6 (cinco) punções: Nesta mesma apresentação realiza-se a linfadenectomia do tronco celíaco (7-8-9), hilo hepático (12), pequena curvatura (cadeia 3), cadeia 1, e 4. A hemostasia é realizada com cauterização monopolar e/ou clipagem dos vasos maiores ou preferencialmente com o emprego do bisturi ultra sônico (Harmonic ACE). Para ligadura da artéria e veia gástrica esquerda utiliza-se clipagem dupla. Completado o preparo do duodeno juntamente com linfadenectomia dos linfonodos infra e supra-pilóricos (cadeia 5 e 6), com ligadura dos vasos e secção do duodeno

utilizando grameador linear "carga azul", e completando a linfadenectomia da cadeia 11. Posteriormente, realiza-se a reconstrução com gastrojejunoanastomose com grameadores lineares e síntese da fenda com sutura, e posteriormente uma jejuno-jejunoanastomose completando o Y de Roux. O tempo cirúrgico médio é de 3 horas. Os pacientes sem comorbidades são encaminhados para a enfermaria, com dieta oral no segundo pós-operatório, sendo a alta hospitalar em torno do quarto e quinto pós-operatório. **CONCLUSÃO:** A nossa experiência de gastrectomia subtotal oncológica totalmente laparoscopia é de 32 casos, em 3 anos. Sendo a média de linfonodos dissecados na gastrectomia subtotal de 26 linfonodos. A maioria da indicação é para tumores bem diferenciados e precoce do antro.

#### **Apresentação: Vídeo Livre**

### **179 - GASTRECTOMIA TOTAL COM LINFADENECTOMIA D2, COM PROPOSTA TÉCNICA DE RECONSTRUÇÃO, TOTALMENTE POR VIDEOLAPAROSCOPIA**

*ANTÔNIO TALVANE TORRES DE OLIVEIRA; CROIDER FRANCO LACERDA*

#### **RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** A gastrectomia total é um desafio para a videocirurgia, principalmente devido as dificuldades na reconstrução. Entretanto, apresentaremos nossa experiência de 128 casos de gastrectomia total oncológica em 3 anos, por videolaparoscopia, com atenção na linfadenectomia D2 e demonstraremos uma técnica própria de reconstrução, "Ogiva reversa" totalmente por vídeo. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Realizamos a omentectomia, até a liberação do ângulo hepático, seguindo o ramo vascular da cólica média em direção a veia e artéria gastroepiplóica da direita. Neste momento a linfadenectomia da cadeia 6 e 14v, já se finaliza e realizando a secção do ligamento hepatogástrico e dissecção com linfadenectomia das cadeias (5 e 12A). Nesta mesma apresentação realiza-se a dissecção e ligadura dos vasos pilóricos, deixando o duodeno preparado para o "grampeamento", posteriormente. Completa a linfadenectomia do tronco celíaco (cadeias 7, 8A e 9), seguindo a face superior do pâncreas até a cadeia 11P, deixando a artéria esplênica desnuda. A artéria hepática e dissecção da cadeia ganglionar 8P, tomando cuidado para não lesar a veia porta. A artéria e veia gástrica esquerda é ligada duplamente na origem. A linfadenectomia da cadeia 1 é realizada, deixando a face da parede gástrica do cárdia desnuda e preparada para o posterior "grampeamento". Na totalização, isolando-se o esôfago com dissecção da transição esofagogástrica reparando o esôfago abdominal com "fita cardíaca" ou com afastador flexível (endoflex). Pode-se empregar a pinça de HARMONIC ACE completando a linfadenectomia das cadeias 2 e 11d, totalizando a gastrectomia. A reconstrução inicia com o preparo do esôfago intra-abdominal, com secção transversal próximo a transição esôfago-gástrica (TEG) de 60% do mesmo. Preparamos a "ogiva" com uma sonda de Levine 14, de 8 cm, com um fio agulhado de prolene 3-0, de 10 cm, para introduzirmos no esôfago de forma reversa. Seccionamos o "coto" esofágico e tracionamos o fio de prolene previamente transfixado no esôfago distal e posicionamos a "ogiva". Seccionamos o jejuno, 20 a 30 cm do Traitz, introduzimos a cabeça do grameador 25, no "cajado" do jejuno e conectamos a "ogiva", previamente posicionada no esôfago. Utilizamos uma carga azul 60 para fechar o "coto do cajado" e uma carga de 45 azul para a enteroenteroanastomose. **CONCLUSÃO:** Um dos grandes problemas da gastrectomia total por videolaparoscopia é a reconstrução, por não existir uma técnica por videolaparoscopia que seja realmente eficaz, reproduzível, barata e confecção rápida. Entretanto, a técnica da "ogiva reversa" utilizado pelos autores (Lacerda e Torres) tornou a reconstrução após gastrectomia total, segura, barata, reproduzível e de rápida confecção, resolvendo o grande problema das reconstruções pós gastrectomia total, com sucesso.

#### **Apresentação: Vídeo Livre**

### **180 - LARINGOFARINGOESOFAGECTOMIA TOTAL MINIMAMENTE INVASIVA DE**

*ANTÔNIO TALVANE TORRES DE OLIVEIRA; CROIDER FRANCO LACERDA*

#### **RESUMO**

**INTRODUÇÃO** O carcinoma espinocelular do esôfago cervical é uma patologia rara (menos de 6% dos tumores de esôfago). Normalmente se observa extensão direta de tumores da hipofaringe comprometendo a área retrocricóidea e o esôfago cervical, sendo tratado com terapêutica incluído a preservação de órgãos com quimioterapia e radioterapia concomitante, reservando a cirurgia para resgate na falência do controle local. **MATERIAIS E MÉTODO:** Inicia-se o procedimento com a cervicotomia ampla, com identificação da coluna e definindo a ressecabilidade da lesão. Após a passagem dos trocateres inicia a laparoscopia com abertura da membrana frenoesofágica e do omento maior, dando acesso ao ramo direito do pilar direito do diafragma; a partir deste ponto libera-se o tecido peri-esofágico ao redor do esôfago terminal, isolando-se o esôfago com dissecção da transição esofago-gástrica reparando o esôfago abdominal com dreno de penrose ou com afastador. Nesta mesma apresentação realiza-se a linfadenectomia do tronco celíaco. Neste momento prossegue-se a dissecção sob visão direta do corpo do esôfago com identificação das pleuras, do pericárdio, da veia ázigos e dos troncos vagais em toda extensão torácica. Inicia-se o preparo do estômago com liberação da grande curvatura com secção dos vasos curtos, e do epiplon gastrocólico, tomando cuidado para não lesar a arcada da grande curvatura. Para ligadura da artéria e veia gastroepiplóica esquerda e da artéria e veia gástrica esquerda utiliza-se clipagem dupla, preservando a arcada da grande curvatura pela artéria gastroepiplóica direita. A piloroplastia não é realizada, completando o preparo do estômago com confecção de um tubo intra-abdominal com grameador linear carga azul laparoscópica e retirada da peça cirúrgica via cervical. Neste momento, passamos fita cardíaca no coto esofágico com o intuito de trazeremos o tubo gástrico até a região cervical, onde é confeccionada anastomose mecânica ou manual com a "base da língua". Deve-se acompanhar a passagem do "tubo" gástrico pelo mediastino sob visão direta com auxílio da ótica posicionada no mediastino inferior. Posiciona-se a sonda nasoenteral abaixo da anastomose cervical, no duodeno, quando possível ou jejunostomia. Retalhos da musculatura cervical, tireoide, epiplon, poderá ser usada para proteger o tubo para diminuir a incidência de fístulas cervicais. **CONCLUSÃO:** A técnica minimamente invasiva para a esofagectomia e preparo do tubo gástrico, diminui o trauma cirúrgico, beneficiando no PO pacientes, muitas das vezes debilitados por motivo da RT/QT, os quais não suportariam um procedimento convencional. Entretanto, nossa casuística inicial até o momento é de apenas de relatos de 5 casos realizados por vídeo.

#### **Apresentação: Vídeo Livre**

### **181 - PANCREATECTOMIA DISTAL COM PRESERVAÇÃO ESPLÊNICA**

*RAFAEL HORÁCIO DE BRITO; ELISA MARIA CAPITIAN SILVA; ALBERTO MEYER; PAULINO ALBERTO ALONSO; LIGIA MARIA VAZ GUIMARÃES; EDUARDO BERGER*

#### **RESUMO**

**Objetivo:** abordar o tratamento videolaparoscópico de um cistoadenoma de pâncreas com preservação do baço realizando a técnica de Warsaw. **Material e Métodos:** Paciente do sexo feminino, 43 anos, procurou este serviço com queixa de plenitude

pós-prandial, pirose e dor epigástrica. Exames laboratoriais normais. TC de abdome: formação cística na transição corpo/cauda pancreática, ovalada e circunscrita, com conteúdo homogêneo, sem septações ou componentes sólidos, medindo aproximadamente 6,0x5,3x5,2 cm; deslocamento dos vasos esplênicos junto ao seu trajeto com dilatação do ducto pancreático principal na cauda pancreática, a montante da referida formação; discreta compressão extrínseca com impressão na parede posterior do corpo gástrico, com nítidos planos de clivagem. Foi aventada a hipótese de cisto pancreático benigno, pela tenuidade das calcificações e ausência de parede e septos espessados da lesão, sendo indicada pancreatectomia distal videolaparoscópica

com preservação do baço (técnica de Warshaw). Anatomicopatológico revelou cistoadenoma mucinoso. Resultados: Paciente evoluiu bem no pós-operatório imediato, apresentando dores leves com melhora completa no 4º PO. Recebeu alta no 5º PO após realizar USG abdominal de controle que não demonstrou líquidos ou coleções abdominais. Realizado dosagem de amilase na secreção do dreno abdominal que se apresentava dentro dos valores da normalidade, sendo então retirado o dreno. Conclusão: Pacientes submetidos a ressecção pancreática distal com preservação do baço apresentam menores riscos de infecção generalizada por bactérias encapsuladas além de menor incidência de diabetes mellitus no pós-operatório tardio.