

TEMÁRIO: OUTROS E MISCELÂNEA

CÓDIGO: 61763

ADRENALECTOMIA DIREITA ROBÓTICA

Autores: Alberto Teles Lopes; Victor Hugo Ribeiro Viera; Eduardo Linhares; Jose Paulo Jesus; Marcus Valadão; Rafael Albagli; Jensen Milfont Fong; Raquel de Maria Maués Sacramento;

Instituição: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA

Introdução: A abordagem cirúrgica da glândula adrenal sempre foi um desafio. O uso de técnicas minimamente invasivas tem mudado o acesso cirúrgico à glândula adrenal. Desde sua primeira descrição laparoscópica, em 1991 por Gaygner e descrição robótica em 2001 Horgan e Vanuno. Hoje à via minimamente invasiva é considerada como via cirúrgica padrão por muitos autores, e é neste cenário que a robótica vem somar ergonomia ao cirurgião. **Objetivo:** O vídeo apresentado descreve os passos principais da adrenalectomia direita, desde exposição do campo, abertura do peritônio, ligadura da veia adrenal direita (desemboca na veia cava inferior) e ressecção da adrenal direita por via robótica.

Conclusão: A cirurgia robótica, se mostra um método seguro e eficaz para o tratamento de patologias cirúrgicas das glândulas adrenais. Como é uma cirurgia minimamente invasiva, apresenta menor tempo de internação, recuperação cirúrgica mais rápida e menor queixa algica em comparação com a via clássica, com o mesmo resultado oncológico para patologias malignas.

Contato: ALBERTO TELES LOPES – albertolopesap@hotmail.com

TEMÁRIO: TUMORES HEPATOBILIOPANCREÁTICOS

CÓDIGO: 57596

CIRURGIA DE WARSHAW

Autores: Eduardo Linhares; Arnaldo Marques; Amaury Raia; Leonardo Rodriguez;

Instituição: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA

A cirurgia de Warsaw consiste na pancreatectomia corpo caudal com ressecção dos vasos esplênicos e preservação do baço. A vascularização esplênica se fara a partir de vasos curtos e no caso de mantermos, também pelos vasos gastro epiploicos esquerdos principalmente. As principais indicações são tumores benignos, como IPMNs, em cuja cirurgia havia fixação dos vasos ao tumor ou lesão inadvertida da artéria e veia esplênica. Nos trabalhos originais, a taxa de reoperação para esplenectomia por infarto gira em torno de 2%. No casos apresentados, trata-se de mulher com com Doença de Gaucher de deposito esplênico, portadora de longa data de tumor cístico solido papilífero de pâncreas (Frantz) corpo caudal com fibrose peri vascular já detectada nos exames pre operatórios. Procedemos a ci-

urgia por via videolaparoscópica, com colocação de 05 portos e retirada da peça por incisão supra publica. Após tentativa inicial de preservação dos vasos esplênicos, optamos por realização desta operação e manutenção do baço evitando desestabilizar a Doença de Gaucher. No posoperatorio apresentou isquemia esplenica sem necessidade de reintervenção com alta em 04 dias

Contato: EDUARDO LINHARES RIELLO DE MELLO – eduardolinhares@globo.com; doutor@eduardolinhares.com.br

TEMÁRIO: TUMORES COLORETAIS E CANAL ANAL

CÓDIGO: 57597

COLECTOMIA ESQUERDA ROBOTICA: METODIZAÇÃO BÁSICA

Autores: Eduardo Linhares; Jose Paulo de Jesus; Marcus Valadão;

Instituição: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA

Neste vídeo os autores apresentam metodização técnica para a cirurgia de colectomia esquerda robótica para neoplasias. O conhecimento dos níveis linfonodais é fundamental e por isso apresentamos a distribuição conforme escola japonesa. Segue se o posicionamento de portos que no caso da realização de anastomose colorretal na pelve pode envolver a realocação de braços. Iniciamos com braços 1 e 3, ótica e auxiliar. Quando descemos para a pélvis, redocamos com braços 1,2,3 e otica. O controle da veia é realizado por clipagem. O controle da arteria mesenterica inferior pode ser feito por clip, grampeamento, preservando colica esquerda ou não e estas alternativas sao mostradas. A mobilização do angulo esplenica tambem pode ser feita pela via latero medial, isto é, mobilizando a goteira e direcionando-se medialmente. Alternativamente, podemos abrir a retrocavidade e proceder a mobilização medio-lateral. A anastomose colorretal realizamos duplo grampeada podendo-se usar os braços robóticos ou a videolaparoscopia após e retirada do robo.

Contato: EDUARDO LINHARES RIELLO DE MELLO – eduardolinhares@globo.com; doutor@eduardolinhares.com.br

TEMÁRIO: ONCOGINECOLOGIA

CÓDIGO: 61837

DEBULKING LINFONODO PÉLVICO E LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL EM CÂNCER DE COLO UTERINO LOCALMENTE AVANÇADO

Autores: Mileide Maria de Assunção Sousa; Ricardo dos Reis; Marcelo de Andrade Vieira; Geórgia Fontes Cintra;

Guilherme Spagna Accorsi; Carlos Eduardo Matos da Cunha Andrade;

Instituição: HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS

As pacientes com câncer de colo uterino que apresentam linfonodos pélvicos suspeitos nos exames de imagem apresentam uma chance de aproximadamente 30% de acometimento neoplásico de linfonodos paraórticos. Desta forma, a realização da linfadenectomia paraórtica e, se necessário, debulking de linfonodos pélvicos suspeitos (maiores que 2cm) é um procedimento cirúrgico que pode beneficiar as pacientes nesses casos. Caso os linfonodos paraórticos venham comprometidos por neoplasia, o campo de radioterapia deverá ser estendido. Este vídeo demonstra o caso de uma paciente de 25 anos, com câncer de colo uterino localmente avançado, com linfonodo bulky de aproximadamente 5 cm em fossa obturadora a esquerda. A paciente foi submetida a linfadenectomia retroperitoneal via transperitoneal estadiadora e debulking de linfonodo ilíaco obturador a esquerda via laparoscopia, realizado em um Hospital Oncológico de referência no Brasil. Houve lesão térmica parcial do nervo obturador esquerdo durante a disseção. Sendo demonstrado a técnica de sutura do nervo. O vídeo se propõe a ilustrar a técnica cirúrgica e as etapas a serem seguidas para realização dos procedimentos acima citados, assim como o manejo de possíveis complicações. Podemos concluir que a linfadenectomia paraórtica pode ser realizada através de via laparoscópica com bons resultados cirúrgicos e ótima recuperação pós operatória, possibilitando que a paciente possa iniciar tratamento com radioterapia poucos dias após o procedimento. A realização do debulking de linfonodos maiores que 4-5cm é questionável, pois o risco de ruptura da cápsula tumoral e lesões de estruturas nobres se torna alto, no entanto é controverso a eficácia da radioterapia para tratar esses linfonodos. Mais estudos devem ser realizados para definir a conduta mais adequada nestes casos.

Contato: MILEIDE MARIA DE ASSUNÇÃO SOUSA – mileide_sousa@yahoo.com.br

TEMÁRIO: ONCOGINECOLOGIA
CÓDIGO: 61887

DEBULKING LINFONODOS PÉLVICOS E PARAÓRTICOS EM PACIENTE COM CÂNCER DE COLO UTERINO

Autores: Mileide Maria de Assunção Sousa; Geórgia Fontes Cintra; Ricardo dos Reis; Guilherme Spagna Accorsi; Marcelo de Andrade Vieira;

Instituição: HOSPITAL DE CANCER DE BARRETOS

O câncer de colo uterino está entre os mais prevalentes nas mulheres brasileiras e no mundo, principalmente em países subdesenvolvidos. Apesar das políticas de

prevenção, muitas pacientes são diagnosticadas em estadiado avançado da doença. Pacientes com doença localmente avançada, apresentando linfonodos pélvicos suspeitos podem se beneficiar da realização de debulking linfonodal e linfadenectomia estadiadora retroperitoneal. Caso os linfonodos retroperitoneais venham comprometidos por neoplasia, o campo de radioterapia deverá ser estendido com tratamento adequado do retroperitônio. Este vídeo mostra o caso de uma paciente de 42 anos com câncer de colo uterino Estadio FIGO IB1, que apresentava nos exames de imagem complexo linfonodal pélvico volumoso a esquerda heterogêneo, com áreas de necrose além de linfonodos retroperitoneais aumentados em número e tamanho, suspeitos para comprometimento neoplásico. Foi realizado debulking de linfonodos pélvicos bilaterais e retroperitoneais via laparoscopia por acesso transperitoneal com redução do volume de doença e posterior tratamento com radioterapia e quimioterapia concomitantes com campo estendido. Podemos concluir que a cirurgia estadiadora e debulking linfonodal pode ser realizada via laparoscopia com segurança, trazendo benefícios no tratamento do câncer de colo uterino avançado.

Contato: MILEIDE MARIA DE ASSUNÇÃO SOUSA – mileide_sousa@yahoo.com.br

TEMÁRIO: ONCOGINECOLOGIA
CÓDIGO: 60345

DICAS PARA LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL LAPAROSCÓPICA

Autores: Reitan Ribeiro; Diana Patricia Jiménez Carranza; Audrey Tsunoda; Joao Antônio Guerreiro; Claudiane Liga Minari; José Clemente Linhares;

Instituição: INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dicas para linfadenectomia retroperitoneal. As seguintes dicas são propostas para fazer de forma sistematizada a linfadenectomia retroperitoneal em neoplasias ginecológicas. Colocação dos trocartes em forma de diamante A câmera é colocada no trocarte suprapúbico de 10 mm. O cirurgião fica no lado direito do paciente. O monitor está no topo da cabeça do paciente. Colocação de todo o intestino delgado no abdômen superior, no lado direito. Abertura do retroperitônio na parte superior da artéria ilíaca comum direita, até o duodeno. As suturas permanecem colocadas através da parede abdominal para permitir a visualização adequada do retroperitônio. As suturas podem ser realizadas com pontos de agulhas retas, são colocadas lateralmente aos trocartes para evitar conflitos com os instrumentos. A disseção começa ao nível da artéria ilíaca comum direita. O ureter direito é identificado. O ureter é o limite lateral da disseção. A disseção dos linfonodos retroperitoneais vai até a veia renal. Um instrumento colo-

cado ao longo da porta umbilical é usado para retrair o duodeno. A veia cava é completamente dissecada por todo o caminho até a veia renal direita. A veia gonadal direita também é identificada. Todos os linfonodos laterais à veia cava podem ser dissecados neste ponto. O próximo passo é a ressecção dos linfonodos intercavaoárticos. A dissecção deve ser realizada com muito cuidado devido ao risco de sangramento dos vasos lombares. Esses vasos podem ser preservados ou ligados se necessário. A dissecção continua por todo o caminho até a identificação da veia renal esquerda. Logo abaixo da veia renal esquerda, podemos identificar a artéria renal direita. Todos os linfonodos intercavaoárticos são ressecados neste momento. A cirurgia segue com a dissecção dos vasos ilíacos comuns esquerdos. O nervo hipogástrico é identificado e pode ser preservado. A dissecção dos linfonodos para-aórticos esquerdos começa a lateral da artéria ilíaca comum esquerda para o músculo psoas. A dissecção é lateral à aorta. Posterior à aorta, podemos identificar vários vasos lombares, o tronco simpático e o disco intervertebral. Depois de libertar completamente a veia renal esquerda, os linfonodos são transpostos para cima da artéria mesentérica inferior. Isso completa a dissecção dos linfonodos retroperitoneais. O espécime é colocado em uma bolsa de extração. Todas as estruturas são revisadas para identificar qualquer lesão inadvertida. A hemostasia cirúrgica também é revisada.

Contato: DIANA PATRICIA JIMÉNEZ CARRANZA – coordinacion.nafin@gmail.com

TEMÁRIO: TRATO GASTROINTESTINAL ALTO
CÓDIGO: 58081

ESOFAGECTOMIA DE RESGATE MINIMAMENTE INVASIVA COM LINFADENECTOMIA EM TRÊS CAMPOS

Autores: Antonio Claudio Ahouagi Cunha Filho; Flavio Duarte Sabino; Marco Aurélio Anginski; Carlos Eduardo Pinto; Rafael Albagli; Ronald Enrique Delgado Bocanegra; Jensen Milfont Fon;

Instituição: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA

Paciente masculino, 68 anos, diagnosticado em 03/2016 com carcinoma epidermóide grau III de esôfago torácico médio, com 9 cm de extensão. Os exames de estadiamento mostravam espessamento do esôfago médio, associado à linfadenomegalias em cadeias subcarinal, peritraqeal, paraesofagianas, tronco celíaco, pequena curvatura e fossa supra-clavicular esquerda (cT3N3). Foi submetido à radioterapia exclusiva na dose de 52 Gys, com intuito radical de 06 à 07/2016. Os exames de imagem pós-tratamento mostravam persistência de doença linfonodal associada a espessamento da parede esofagiana. Quatro meses após o término da radioterapia, foi submetido à esofagectomia de resga-

te minimamente invasiva com linfadenectomia em três campos por toracoscopia em posição pronada, laparoscopia e cervicotomia esquerda. O tempo cirúrgico foi de 10 horas, não houve hemotransusão e a cirurgia foi R0. O paciente não apresentou complicações pós-operatórias, permaneceu no cti por 3 dias e teve alta no décimo primeiro dia pós-operatório alimentando-se por jejunostomia e com dieta oral líquida. O LHP revelou uma lesão cicatricial de 4 X 3 cm no esôfago médio sem tumor residual; dos 46 linfonodos retirados, 6 foram positivos (ypT0yN2). Atualmente encontra-se em acompanhamento ambulatorial e sem evidência de doença

Contato: ANTONIO CLAUDIO AHOUAGI CUNHA FILHO – antonioahouagi@gmail.com

TEMÁRIO: TUMORES COLORETAIS E CANAL ANAL
CÓDIGO: 57600

FISTULA RETOVAGINAL PÓS RAR COM QUIMIO-RADIOTERAPIA PRE-ABORDAGEM POR TEM MAIS RETALHO DE VON MARTIUS

Autores: Eduardo Linhares; Arnaldo Marques; Amaury Raia; Leonardo Rodriguez;

Instituição: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA

Uma terrível complicação pós operatória no casos de ressecção anterior do reto pós quimiorradioterapia é a fistula da anastomose para a vagina. A irradiação previa torna este tecido isquêmico e de difícil cicatrização. Frequentemente o fechamento por sutura simples isolada resulta em percentual de insucesso maior que 50%. Na primeira metade do século XX, Von Martius descreveu o retalho de grande lábio (músculo bulbo cavernoso) como forma de fechar defeitos vaginais. Assim, combinamos a sutura simples por via retal ao retalho de Von Martius. Para realização a sutura simples por via retal, modernamente, podemos lançar mão de plataforma tipo single port anal, de maneira a realizarmos o procedimento por visão direta como técnica minimamente invasiva. Após desbridar as bordas, procedemos sutura primária com fio de Vycril, usando pinças de videolaparoscopia. Como no caso a fistula situava-se na parede anterior do reto, iniciamos em posição de canivete. Após término desta parte, colocamos em litotomia e procedemos a feitura do retalho a direita por ser a fistula a direita na vagina.

Contato: EDUARDO LINHARES RIELLO DE MELLO – eduardolinhares@globo.com; doutor@eduardolinhares.com.br

TEMÁRIO: TRATO GASTROINTESTINAL ALTO
CÓDIGO: 57867

GASTRECTOMIA TOTAL COM LINFADENECTOMIA D2 ROBÓTICA NO CÂNCER GÁSTRICO

Autores: Marina Gabrielle Epstein; Marília dos Santos Fernandes; Gabriel Naman Maccapani; Vladimir Schraibman;

Instituição: UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO

Introdução: O câncer gástrico é uma das neoplasias malignas mais comuns e apresenta alta mortalidade, sendo considerado a segunda causa de morte por câncer mundialmente. O tratamento considerado padrão ouro é a gastrectomia com linfadenectomia D2. As técnicas minimamente invasivas vem sido utilizadas em substituição às gastrectomias por laparotomia, devido a importantes benefícios como redução da morbimortalidade, recuperação pós operatória mais rápida. A gastrectomia robótica reduz a perda sanguínea intraoperatória pois a plataforma robótica permite a eliminação do tremor e pinças com movimentos semelhantes a mão humana, facilitando a precisão da linfadenectomia em locais com alto potencial de sangramento (tronco celíaco, artérias gástrica esquerda e hepática). **Objetivo:** apresentar um caso de uma paciente jovem submetida a quimioterapia neoadjuvante e submetida a gastrectomia total com linfadenectomia D2 robótica.

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 34 anos, com queixa de dispepsia e epigastralgia há 20 dias sem melhora com uso de IBP. Endoscopia digestiva alta evidenciou lesão ulcerada profunda, medindo até 40 mm em região subcárdica e parede posterior do corpo alto do estômago. Biópsia demonstrou tratar-se de um adenocarcinoma gástrico de células pouco coesas. Imunohistoquímica: escore 1+ (Negativo) para produto do oncogene HER2. Realizado estadiamento e não foi encontrado lesões secundárias. Paciente foi submetida a quimioterapia neoadjuvante "FLOT" (fluorouracil, leucovorin, oxaliplatina, docetaxel). Foi submetida a gastrectomia total com linfadenectomia D2 robótica com reconstrução em Y de Roux. O anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma gástrico residual viável em cerca de 10% da área tumoral e 31 linfonodos ressecados, livres de neoplasia. Paciente evoluiu sem intercorrências, e recebeu alta hospitalar no sétimo pós operatório, com dieta líquida. No momento encontra-se sem sinais de recidiva da doença, em acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** A gastrectomia robótica com linfadenectomia D2 para neoplasia gástrica é viável e permite ressecção R0 e linfadenectomia oncológica adequada, com baixa morbimortalidade perioperatória, menos dor e menor tempo de internação hospitalar quando realizada por cirurgiões com experiência em cirurgia minimamente invasiva e robótica.

Contato: MARINA GABRIELLE EPSTEIN – ma_epstein@hotmail.com

TEMÁRIO: TUMORES HEPATOBILIOPANCREÁTICOS

CÓDIGO: 61923

HEPATECTOMIA CENTRAL VIDEOLAPAROSCÓPICA

Autores: Michel Jamil Chebel; Paulo Henrique Sousa Fernandes; Camila de Freitas Correa; Adriano Barra Della Torres;

Instituição: HOSPITAL DE CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

O vídeo apresentado traz o caso de uma paciente do sexo feminino, de 33 anos de idade, com história de adenocarcinoma de cólon sigmóide estágio III, pT3pN1(1+/14), submetido a retossigmoidectomia, linfadenectomia retroperitoneal e ileostomia de proteção convencional em junho de 2016 em outro serviço. Fez quimioterapia adjuvante com 8 ciclos de XELOX com fim em fevereiro de 2017. Não realizou nenhum exame de imagem até abril de 2017 quando foi realizado tomografia de abdome e tórax com achado de nódulo hepático com característica de metástase em segmento IV e V próximo a placa hilar. Realizou PET/CT com captação apenas no nódulo hepático de 4,4cm em segmento IVb (SUV:14,4). Discutido caso em reunião multidisciplinar e indicado tratamento cirúrgico. Paciente foi submetido a laparoscopia, com inventário da cavidade sem achado de lesões adicionais visíveis, submetido então a dissecação do hilo hepático, colecistectomia e identificação das margens da lesão. Optado então por hepatectomia central, com ressecção do segmentos IV, V. O procedimento teve duração de 4 horas, com perda sanguínea estimada de 800ml. Paciente permaneceu 1 dia em unidade de terapia intensiva e alta hospitalar no terceiro pós operatório. O anátomo patológico ainda não foi concluído.

Contato: MICHEL JAMIL CHEBEL – conv4233

TEMÁRIO: TUMORES HEPATOBILIOPANCREÁTICOS

CÓDIGO: 61927

HEPATECTOMIA DIREITA VIDEOLAPAROSCÓPICA POR CHC GIGANTE

Autores: Paulo Henrique de Sousa Fernandes; Michel Jamil Chebel; Adriano Barra Della Torres; Camila de Freitas Correa;

Instituição: HOSPITAL DE CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

O vídeo demonstra o caso de um paciente do sexo masculino, de 14 anos de idade, com história de dor e aumento do volume abdominal. Exames de imagem realizados durante a investigação inicial identificaram volumosa neoplasia que ocupava todo o lobo direito do fígado com extensão também para segmento IV. A

hipótese diagnóstica foi de carcinoma hepatocelular fibrolamelar. O caso foi discutido em reunião multidisciplinar do Hospital de Câncer da Universidade Federal de Uberlândia e considerando que se tratava de provável neoplasia de baixo grau, que seria possível preservar remanescente hepático em torno de 30% e também que o examinado não era portador de nenhuma doença prévia do fígado, definiu-se pela ressecção operatória como primeira conduta terapêutica. Apesar do grande volume da neoplasia a equipe de oncologia cirúrgica optou pela abordagem videolaparoscópica, por considerar que esta técnica poderia resultar em menor morbidade. Realizou-se hepatectomia direita estendida englobando os segmentos IVA e IVB, por meio de acesso glissoriano para o grampeamento dos ramos direitos do hilo hepático e também dos ramos do segmento IV. A peça operatória foi retirada por incisão de Pfannenstiel. A operação teve duração de 4 horas, com perda sanguínea de aproximadamente 600ml. O paciente evoluiu satisfatoriamente e permaneceu em unidade de terapia intensiva por um dia. Recebeu alta hospitalar no quarto dia pós-operatório. Ainda aguardamos o resultado anatomopatológico definitivo para avaliar necessidade de terapias adjuvantes.

Contato: MICHEL JAMIL CHEBEL – conv4233

TEMÁRIO: TUMORES HEPATOBILIOPANCREÁTICOS
CÓDIGO: 61898

HEPATECTOMIA LAPAROSCÓPICA: BISSEGMENTECTOMIA V-VI POR GRANDE NEOPLASIA

Autores: Vitor Arce Cathcart Ferreira; Antonio Nocchi Kalil; Luiz Henrique Locks Correa; Tiago Auatt Paes Remonti; Luiggi Anselmo Leonardi; Erico Pereira Cadore; Guilherme Zatti Fedrizzi;

Instituição: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino de 89 anos hipertensa e diabética que ao investigar dor abdominal persistente, encontrou-se nódulo hepático sólido de crescimento parcialmente exofítico medindo 8 x 6, 5 x 6cm com contornos regulares no Segmento V e acometendo o VI. Este nódulo possui intensidade de sinal heterogênea, em sua maior parte semelhante ao parênquima hepático, com componentes hiperintensos em T2 e hipointensos em T1. Após uso do contraste endovenoso, o nódulo possui realce intenso na fase arterial e captação heterogênea. Então, considerando o quadro clínico e exames de imagem, foi proposta a abordagem cirúrgica videolaparoscópica para ressecção da lesão – bissegmentectomia hepática (V e VI). Apresentamos a técnica usada de forma bastante didática. **Discussão:** Ressecção hepática é o tratamento mais efetivo para pacientes com tumor primário, incluindo lesões benignas

nas e casos de tumores secundários selecionados. O início da abordagem laparoscópica de tumores hepáticos ocorreu no início dos anos 90, com os primeiros relatos publicados em 1991 e 1992. Em 1996 foram reportados casos de hepatectomia lateral esquerda. Atualmente, são descritas desde ressecções em cunha até hepatectomias direita e esquerda estendidas. A maioria dos estudos mostram resultados comparáveis aos da cirurgia aberta em termos de sangramento, morbidade pós operatória e mortalidade. Entretanto, muitos estudos mostram que a cirurgia minimamente invasiva diminui a dor pós operatória, tempo de internação e até custos. Em termos oncológicos, não é inferior que a técnica aberta. O progresso deve-se aos avanços da tecnologia, como grampeadores e energia avançada, e também pela habilidade técnica e mudanças de conceitos. **Comentários finais:** Foram utilizados 4 trocartes: 11mm umbilical para câmera, descartável de 12mm no hipocôndrio esquerdo para grampeamento, 5, 5mm no hipocôndrio direito e 5mm no epigástrico. O tempo cirúrgico foi de 73 minutos; a peça foi retirada por uma incisão de Pfannenstiel protegida por bag; rotineiramente no serviço, não é deixado dreno nas ressecções hepáticas; não foi realizada manobra de Pringle e o sangramento foi de 200ml A paciente recebeu alta no 3 dia de pós operatório. O resultado anátomo-patológico foi de Adenoma, com margens livres.

Contato: VITOR ARCE CATHCART FERREIRA – vitoracf@icloud.com

TEMÁRIO: TUMORES HEPATOBILIOPANCREÁTICOS
CÓDIGO: 61770

HEPATECTOMIA LAPAROSCÓPICA: COMO DISSECAR O PARÊNQUIMA PROFUNDO COM ULTRACISION, QUANDO O CUSA NÃO ESTÁ DISPONÍVEL

Autores: Andrea Petruzzello; William Augusto Casteleins Cecilio; Vitor Mamoru Haida;

Instituição: HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ

A primeira ressecção laparoscópica dos segmentos hepáticos foi realizada por Reich em 1991, sendo que no Brasil passou a ser realizada a partir de 1997. Atualmente, sua melhor indicação em cirurgia oncológica é para os tumores menores de 5 cm, localizados nos segmentos inferiores e lateral esquerdo. Apesar disso, seguiram-se várias séries com número progressivamente maior de pacientes e critérios expandidos. O caso refere-se à paciente CJZ, feminina de 56 anos, operada previamente em outro serviço por adenocarcinoma bem diferenciado de cólon sigmóide, realizado hemicolecotomia convencional esquerda com

anastomose primária em Março/2014, estadiamento pT3 pN1 M0 (EC IIIB). Recebeu QT adjuvante com 5FU/Leucovorin, perdendo seguimento. Em exame de restadiamento, apresentou lesão nodular única de 2,9 x 2,1 cm na porção inferior da transição dos segmentos IVb e V, confirmada por RNM com Primovist. Sem outros achados notáveis, CEA 1,22. Foi indicado ressecção por laparoscopia, em Março/2017. O procedimento foi realizado sem a utilização do CUSA (Cavitron Ultrasonic Surgical Aspirator), pois não dispomos dele no hospital. Alternativamente, utilizamos bisturi ultrassônico e cauterio bipolar laparoscópico. A vesícula biliar foi deixada com o fundo aderido ao fígado durante a dissecação da lesão, após ligar o pedículo, para facilitar a mobilização do conjunto. Em seguida realizamos manobra de Pringle com vessel-loop em dupla laçada. A hepatotomia foi feita com Ultracision e os debris aspirados contínua e coordenadamente pelo auxiliar, expondo o parênquima a ser dissecado e permitindo identificação das estruturas. Os ductos biliares e ramos vasculares maiores foram clipados individualmente e, ao final da dissecação, o segmento hepático remanescente foi seccionado com grameador endoscópico de carga branca. A peça foi retirada em saco extrator, a cavidade lavada e drenada com dreno Blake 24F. O tempo cirúrgico foi de 165 minutos, com perda sanguínea estimada de 50 ml. A paciente evoluiu satisfatoriamente, com alta hospitalar no 3o dia. Demonstramos, com este vídeo, como a funcionalidade do CUSA pode ser alcançada trabalhando-se com bisturi harmônico, em sintonia com aspiração intermitente do parênquima hepático. Quanto a resultados, recente série nacional com 61 casos (Lacerda, et al. 2014) mostrou tempo cirúrgico médio de 141 minutos, perda sanguínea de 85 ml e apenas 1 óbito pós-operatório. Até onde sabemos, foi a primeira hepatectomia laparoscópica neste serviço.

Contato: WILLIAM AUGUSTO CASTELEINS CECILIO – dr.casteleins@gmail.com

morbidade elevada e impacto funcional significativo. A linfadenectomia pélvica laparoscópica, conforme preconizada para tumores ginecológicos, foi modificada para a adoção em pacientes portadores de melanoma de membro inferior para não comprometer a radicalidade oncológica do procedimento. Durante o vídeo da cirurgia, é possível demonstrar com clareza a modificação técnica visando contemplar os linfonodos localizados distalmente à veia circunflexa femoral superficial até a entrada do canal femoral. Os marcos anatômicos da pelve são também demonstrados, chamando a atenção para a aquisição dos espaços para-retal e para-vesical como passos iniciais da cirurgia. Da mesma maneira, são demonstrados os tempos da linfadenectomia das cadeias ilíaca externa, ilíaca interna e obturatória, de maneira sequencial e organizada. O tempo cirúrgico laparoscópico tende a ser superior àquele observado na cirurgia convencional, podendo ser associado a maior gasto de drogas anestésicas e maior risco de complicações pulmonares pós-operatórias. A manutenção, entretanto, da anatomia do anel inguinal e das estruturas anatômicas que atuam na prevenção da herniação de conteúdo intra-abdominal através do canal inguinal representa um grande avanço do procedimento minimamente invasivo exposto no vídeo. Além disso, a menor morbidade sobre a ferida operatória e a mais rápida recuperação da paciente no período pós-operatório representam características positivamente associadas ao acesso minimamente invasivo. O retorno rápido do paciente às atividades habituais, início breve da adjuvância, menor morbidade sobre a ferida operatória e perda sanguínea reduzida proporcionados pela linfadenectomia pélvica laparoscópica devem ser ponderados com o paciente quando da indicação de linfadenectomia inguino-ilíaca por melanoma localmente avançado.

Contato: MARIO VINICIUS ANGELETE ALVAREZ BERNARDES – mariobernades@terra.com.br

TEMÁRIO: ONCOLOGIA CUTÂNEA

CÓDIGO: 57200

LINFADENECTOMIA PÉLVICA LAPAROSCÓPICA EM MELANOMA ACRAL LOCALMENTE AVANÇADO

Autores: Mário Vinícius Angelete Alvarez Bernardes; Rodrigo Francisco Pintel Cruz; Elio João Jaskulski; Roberto Satoshi Yoshida; Fabio Yonamine; Instituição: HOSPITAL 13 DE MAIO

O avanço da cirurgia minimamente invasiva evidenciado nas últimas décadas permitiu sua adoção segura e benéfica em pacientes oncológicos. A linfadenectomia ilíaco-obturatória, tradicionalmente realizada combinada à linfadenectomia inguinal por uma única incisão estendendo-se da região inguinal até a pelve, apresenta

TEMÁRIO: TUMORES HEPATOBILIOPANCREÁTICOS

CÓDIGO: 61814

PANCREATECTOMIA CORPO-CAUDAL COM ESPLENECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA PARA TRATAMENTO DE TUMOR DE FRANTZ: VÍDEO DE CASO EM MULHER JOVEM

Autores: Filipe Augusto Porto Farias de Oliveira; Aldo Vieira Barros; Myra Jurema da Roca Leão; Oscar Cavalcante Ferro Neto; Claudemiro de Castro Meira Neto;

Instituição: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 34 anos, ECOG 0, atendida em nosso ambulatório de cirurgia oncológica com história clínica de dor e desconforto

em andar superior do abdome, 6 meses de evolução. A investigação foi realizada com tomografia de abdome total, sendo evidenciada tumoração sólido-cística (4.4 x 3.9 cm) no corpo e cauda do pâncreas e ultrassonografia endoscópica, que confirmou o achado e realizou biópsia. Imuno-histoquímica confirmou tratar-se de neoplasia sólida pseudo-papilífera pancreática (Tumor de Frantz). Posteriormente encaminhada para tratamento cirúrgico, sendo submetida à pancreatectomia corpo-caudal, esplenectomia e linfadenectomia por videolaparoscopia. Paciente teve boa evolução, com alta hospitalar no 3º dia de pós-operatório. O exame anatomopatológico e a imuno-histoquímica confirmaram o diagnóstico da ultrassonografia endoscópica pré-operatória. As margens cirúrgicas foram livres, sem metástases para 17 linfonodos isolados. Encontra-se em acompanhamento clínico, sem sinais de recidiva após 10 meses. Não foi submetida à tratamento adjuvante.

Objetivo: O objetivo do nosso trabalho é relatar um caso de tumor de Frantz em uma mulher jovem, submetida à tratamento cirúrgico por videolaparoscopia, com resultado satisfatório, em nosso serviço de cirurgia oncológica. O tumor de Frantz ou tumor sólido-cístico papilar é uma neoplasia pancreática rara, descrita pela primeira vez em 1959 por Frantz, representando cerca 2% dos tumores pancreáticos. Esses tumores têm um comportamento biológico favorável, com baixa malignidade e bom prognóstico, ocorrendo predominantemente em mulheres jovens. Manifestam-se clinicamente na maioria das vezes com dor, desconforto e massa abdominal, porém podem ser assintomáticos. Geralmente são volumosos e bem delimitados. O tratamento de eleição é a ressecção cirúrgica completa, seja por via convencional ou laparoscópica. Nosso caso foi tratado de forma satisfatória por videolaparoscopia, sem prejuízo oncológico e com todos os benefícios que a cirurgia minimamente invasiva oferece. O tumor de Frantz sempre deve ser suspeitado em mulheres jovens com tumores no pâncreas. O tratamento deve ser sempre que possível cirúrgico, com ressecção completa da lesão. O prognóstico é bom, frente ao baixo grau de malignidade dessas lesões. A via laparoscópica é segura, oferecendo resultado oncológico semelhante à via aberta, além de proporcionar bom resultado estético, menos dor pós-operatória e alta precoce.

Contato: FILIPE AUGUSTO PORTO FARIAS DE OLIVEIRA – fapfo.med@uol.com.br

TEMÁRIO: TUMORES HEPATOBILIOPANCREÁTICOS

CÓDIGO: 61996

PANCREATECTOMIA CORPO-CAUDAL VIDEOLAPAROSCÓPICA, COM PRESERVAÇÃO ESPLÊNICA

Autores: Haroldo Jose Siqueira da Igreja Junior; Vilson

Leite Batista; Rodrigo Amaral Rios; Antônio Barroso; Vladmir Gomes Alves Júnior; Juliana Gonçalves Coelho; Instituição: SOCIEDADE DE BENEFICENCIA PORTUGUESA DE CAMPOS

Apresentação do caso: Mulher, 22 anos, queixando-se de dor em hipocôndrio esquerdo com irradiação para dorso e flanco esquerdo, sem relato de sintomatologia sistêmica. Durante a investigação clínica com realização de tomografia computadorizada, foi evidenciada lesão sólido-cística em cauda do pâncreas, medindo 6cm em seu maior diâmetro, compatível com tumor sólido-cístico pseudopapilífero do pâncreas – tumor de Frantz. Tendo sido indicada realização de pancreatectomia corpo-caudal com preservação esplênica por via laparoscópica. Descrição cirúrgica: A paciente foi posicionada em decúbito dorsal e realizado pneumoperitônio com o uso de um trocater umbilical de 10mm. Foram usados outros três trocateres, dois de 12mm em flancos bilateralmente e um de 5mm no epigástro. Iniciamos o acesso à bolsa gatrointestinal por meio da abordagem transomental, expondo o pâncreas. Realizada manobra de Warren, separando o istmo pancreático do tronco portal, sendo guiado pelo trajeto dos vasos cólicos médios, com dissecação da junção espleno mesentérica pancreática, seguida da identificação e dissecação da veia esplênica na borda superior pancreática, até o hilo esplênico. Em seguida identificamos e dissecamos artéria esplênica em todo o seu trajeto. Neste momento completamos a linfadenectomia do pâncreas em conjunto com a linfadenectomia da artéria esplênica. Realizada transsecção pancreática ao nível do ístmo com grampeador endoscópico de 60mm. Seguida pela finalização da tração caudal do corpo do pâncreas e término da dissecação do hilo esplênico com revisão da hemostasia. Houve preservação completa de artéria e veia esplênica, sem sinais de desvascularização no intra operatório. Posicionado dreno hemovac peripancreático e realizada retirada da peça cirúrgica pelo trocater umbilical. **Comentários finais:** A paciente apresentou boa evolução, tendo alta no terceiro dia pós operatório, após atingir débito do dreno de cavidade menor que 50ml por dia com dosagem de amilase do líquido do dreno negativa. O histopatológico confirmou a hipótese de tumor de Frantz.

Contato: JULIANA GONÇALVES COELHO – jugoncalvescoelho@hotmail.com

TEMÁRIO: TUMORES RAROS – GIST E TNE

CÓDIGO: 61866

PANCREATECTOMIA CORPOCAUDAL VIDEOLAPAROSCÓPICA COM ESPLENECTOMIA

Autores: Pedro Paulo Cavalcanti de Albuquerque; Rafael de Oliveira Albagli; Jensen Milfont Fong; Antonio Claudio

Ahuagi; Igor Pacheco; Victor Vieira; Raquel Maria de Maues Sacramento;

Instituição: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA

Apresentação do caso: Paciente de 72 anos, previamente assintomático, realiza ultrassonografia e tomografia de abdome durante investigação de dor abdominal com achado de volumosa massa, espiculada, com hipersinal em fase arterial, ocupando corpo pancreático, proxima ao processo uncinado. Laudo Histopatológico revelou: Neoplasia neuroendócrina bem diferenciada, grau 1 OMS, Índice mitótico 1 mitoses/10CGA, Índice de proliferação celular (Ki67) 3%. Cirurgia realizada em maio de 2017. Paciente com boa evolução pós operatória, alta em 24h com dreno de blake em hipocondrio direito. Cirurgia realizada por videolaparoscopia, paciente em posição de litotomia com o cirurgião posicionado entre as pernas do paciente e auxiliares nas laterais. Pneumoperitoneo confeccionado pela técnica aberta (Hasson), insuflado até pressão de 12cmH2O, 02 trocar-teres posicionados em hipocondrio (5mm e 11mm) e 01 trocar-ter (5mm) em hipocondrio esquerdo. Utilizado bisturi harmonico nas disseções, secção da peça com gramepeador linear carga branca (2,5mm).

Contato: PEDRO PAULO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE – pedropcavalcanti@gmail.com

TEMÁRIO: TRATO GASTROINTESTINAL ALTO
CÓDIGO: 60177

ESOFAGECTOMIA POR VIDEOTORACOSCOPIA EM POSIÇÃO PRONA PÓS TRATAMENTO NEOADJUVANTE PARA CEC DE ESOFAGO

Autores: Lauriene Maia Sant´Anna; Wellington Fernandes; Rayane Lima Domingues; Andrezza Fabrízia Bertoli; Thales Cavalcante Ramos; Lucas Pensin; Diogo Tamiozo; Eduardo Zanella Cordeiro;

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Apresentação do caso: Paciente do sexo masculino, 63 anos, ex-tabagista 140 maços-ano e ex-etilista pesado. Quadro de disfagia para sólidos, odinofagia e perda ponderal de 10%. Diagnosticado com Carcinoma Epidermoide Esofágico a 28 cm da ADS, localmente avançado e estadiado como cT3. Realizou quimiorradioterapia neoadjuvante com carboplatina e paclitaxel e dose total de 41,4Gy por 35 dias. Posteriormente realizada esofagectomia com videotoracosopia em posição prona – cirurgia minimamente invasiva, em 3 acessos cirúrgicos: cervical, torácico e abdominal. Videotoracosopia em posição prona com ótima exposição para disseção esofágica – Realizada disseção de todo esôfago torácico e linfadenectomia mediastinal paraórtica, subcarinal, brônquica junto ao pericárdio, hiatoesofá-

gico inferiormente e paratraqueal superiormente até a transição para o esôfago cervical. Realizado linfadenectomia à D2. Incisão supraumbilical de cerca de 4 cm e retirada peça. Realizado Tunelização gástrica a cerca de 2 cm da arcada gastroepiploica e passado o tubo gástrico puxado pela sonda transmediastinal. Anastomose esofagogástrica cervical manual terminoterminal em 2 planos. Paciente com ótima evolução pós operatória e alta sem intercorrências. Anatomopatológico: Ausência de neoplasia residual do tumor primário, margens cirúrgicas livres e 1 linfonodo comprometido de pequena curvatura gástrica por presença de metástase de carcinoma de células escamosas dentre 16 dissecados(pT0; pN1). **Discussão:** O Carcinoma Epidermoide de esôfago é atualmente a sexta causa de morte por câncer no mundo. Sua malignidade e pior prognóstico decorrem, principalmente, de seus sintomas pouco específicos e diagnóstico tardio, tornando o tratamento curativo e ressecção cirúrgica desafiadores. No presente caso, preconizou-se o tratamento quimiorradioterápico neoadjuvante com carboplatina e paclitaxel com intuito de aumentar a ressecabilidade do tumor e diminuir seu estadiado clínico. Sendo posteriormente realizada Esofagectomia, enfatizando os benefícios da videotoracosopia em posição prona. **Comentários finais:** Cirurgias minimamente invasiva mostram-se cada vez mais preconizadas no tratamento do câncer esofágico devido suas menores taxas de morbimortalidade. No presente caso a esofagectomia com videotoracosopia em posição prona mostrou-se resolutiva na doença localmente avançada devido à satisfatória ressecabilidade do tumor e linfadenectomia, bem como em melhor qualidade de vida pós-operatória do paciente.

Contato: LAURIENE MAIA SANT´ANNA – lauriene.maia@hotmail.com

TEMÁRIO: TUMORES COLORETAIS E CANAL ANAL
CÓDIGO: 61965

RESSECÇÃO ABDOMINO PERINEAL DO RETO VIA ROBOTICA E PAREDE POSTERIOR DA VAGINA EM BLOCO

Autores: Raquel de Maria Maués Sacramento; Jose Paulo Jose; Eduardo Linhares Riello de Mello; Marcus Vinicius Motta Valadão da Silva; Rafael Oliveira Albagli; Pedro Paulo Cavalcanti de Albuquerque; Alberto Teles Lopes; Camilla Bandeira Soares;

Instituição: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA

Introdução: Abordagem robótica usando o sistema cirúrgico da Vinci pode oferecer disseção precisa em um campo cirúrgico estreito, a exemplo, de ressecções retais, com melhor acesso através de destreza aprimorada devido aos instrumentos de Endowrist. Além de fornecer posição ergonômica ao cirurgião, destreza aprimorada, escala de movimento, câmera estável, vi-

sualizações e imagens tridimensionais. **Objetivo:** Descrever cirurgia de ressecção abdomino perineal do reto usando o sistema cirúrgico da Vinci-Si. **Resultados: e Discussão:** Paciente mulher, 65 anos, ps1. adenocarcinoma bem diferenciado. colonoscopia: lesão que se estende da margem anal até 5 cm do reto distal ocupando 1,3 da circunferência da luz. rnm pelve: invasão da parede posterior da vagina. tnm: t4nmx. neoadjuvância (5FU-LEUC + 50,4Gy). **Conclusão:** O uso rotineiro da cirurgia assistida robótica para abordagem do câncer de reto tende a ajudar a obter menores taxas de complicação e resultados oncológicos similares usando uma abordagem minimamente invasiva.

Contato: RAQUEL DE MARIA MAUÉS SACRAMENTO – raquel_maues@yahoo.com.br

TEMÁRIO: TUMORES COLORETAIS E CANAL ANAL
CÓDIGO: 61895

RESSECÇÃO ANTERIOR DO RETO + CISTECTOMIA PARCIAL POR VIA ROBÓTICA

Autores: Jensen Milfont Fong; José Paulo de Jesus; Marcus Vinicius Motta Valadão da Silva; Eduardo Linhares Riello de Melo; Rafael de Oliveira Albagli; Antonio Claudio Ahouagi; Pedro Paulo Cavalcanti de Albuquerque; Raquel Maria de Maués Sacramento; **Instituição:** INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA

Apresentação do caso: Paciente S.O.C., 51 anos, masculino. Paciente com queixa de constipação associado a hematoquezia intermitente e dor à eliminação de fezes. Realizou colonoscopia com achado de tumor estenosante, ocupando 2/3 da circunferência da parede anterior do reto, há cerca de 7cm da margem anal. Presença de divertículos no cólon sigmóide. Restante do exame sem comemorativos. Efetuado biópsia tumoral. Laudo histopatológico com achado de adenocarcinoma moderadamente diferenciado do reto. Realizou ressonância magnética com achado de tumor em reto médio com invasão vesical e presença de espessamento da gordura mesorretal adjacente. Realizou tomografia de tórax e abdome sem achados de metástases à distância. CEA: 32. Encaminhado à neoadjuvância com quimioterapia (5FU + LV) e radioterapia (45Gy) e, após término, encaminhada à cirurgia. Apresentou resposta radiológica incompleta com área de aderência entre o reto e a bexiga sem plano de clivagem. Realizou cistoscopia o qual não apresentou achado de invasão tumoral grosseira. Apresentou redução do CEA (11) Indicada cirurgia de Ressecção Anterior do Reto + Cistectomia Parcial por via Robótica. Ressecção completa da lesão com margens livres em cólon, reto e vesical. Resultado do histopatológico da peça ypT4ypN0ypM0. Encaminhada para realização de adjuvância com quimioterapia (FOLFOX).

Contato: JENSEN MILFONT FONG – jensenmf@gmail.com

TEMÁRIO: TUMORES RAROS – GIST E TNE
CÓDIGO: 61792

RESSECÇÃO DE TUMOR NEUROENDÓCRINO PANCREÁTICO NODULECTOMIA PANCREÁTICA VIDEOLAPAROSCÓPICA COM PRESERVAÇÃO GLANDULAR

Autores: Jensen Milfont Fong; Antonio Claudio Ahouagi; Pedro Paulo Cavalcanti de Albuquerque; Igor Ferreira Pacheco; Ronald Enrique Delgado Bocanegra; Victor Hugo Ribeiro Vieira; Alberto Teles Lopes; Rafael de Oliveira Albagli;

Instituição: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA

Apresentação do caso: C.E.S.T, 73 anos, Masculino. QP: Diarréia, dor abdominal e desconforto há 4 meses. HD: Paciente com relato de diarréia e desconforto abdominal há 4 meses. Realizou ultrassonografia de abdome com achado de nódulo em cauda do pâncreas de limites imprecisos devido a interposição gasosa. Realizou tomografia de abdome com achado de lesão em corpo pancreático medindo aproximadamente 3,4cm. Indicado realização de biópsia por Ecoendoscopia com achado em laudo histopatológico de Tumor Neuroendócrino. Ki67 de 2%. Ressonância Nuclear Magnética denotando nódulo hiperintenso em corpo de pâncreas, medindo aproximadamente 3,2 x 2,1x 2,2cm, sem relação com o ducto pancreático principal. Indicado ressecção videolaparoscópica do tumor. Optado por abordagem atípica com realização de nodulectomia pancreática com preservação do parênquima pancreático. **Conclusão:** Enucleações pancreáticas videolaparoscópicas devem ter uma indicação precisa, respeitando princípios oncológicos e considerando o risco x benefício ofertado ao paciente.

Contato: JENSEN MILFONT FONG – jensenmf@gmail.com

TEMÁRIO: TUMORES COLORETAIS E CANAL ANAL
CÓDIGO: 61945

RESSECÇÃO INTERESFINCTERIANA DO RETO ROBOTICA

Autores: Raquel de Maria Maués Sacramento; Marcus Vinicius Motta Valadão da Silva; Jose Paulo Jose; Eduardo Linhares Riello de Mello; Rafael Oliveira Albagli; Victor Hugo Soares Vieira; Alberto Teles Lopes; Jensen Milfont Fong;

Instituição: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA

Introdução: Abordagem robótica usando o sistema cirúrgico da Vinci pode oferecer dissecação precisa em um campo cirúrgico estreito, a exemplo, de ressecções retais, com melhor acesso através de destreza aprimorada devido aos instrumentos de Endowrist. Além de fornecer posição ergonômica ao cirurgião, destreza aprimorada, escala de movimento, câmera estável, visualizações e imagens tridimensionais. **Objetivo:** Descrever cirurgia de ressecção interesfincteriana do reto usando o sistema cirúrgico da Vinci-Si. **Resultados: e Discussão:** Paciente CP, 42 anos, sexo feminino. HDA: Hematoquezia + alteração do hábito intestinal. Colonoscopia evidenciava lesão ulcerada e infiltrada de reto a 1 cm da MA, medindo 2,5cm. LHP: Adenocarcinoma. RNM: Lesão semi-circunferencial em parede posterior, entre 3 e 9 horas, com bordos infiltrantes entre 5 e 7 horas, invasão até a camada muscular. T2N0M0. Toque retal: Lesão a 2 cm da linha pectínea em parede posterior, móvel. Submetida a Ressecção interesfincteriana no reto por via robótica. **Conclusão:** O uso rotineiro da cirurgia assistida robótica para abordagem do câncer de reto tende a ajudar a obter menores taxas de complicação e resultados oncológicos similares usando uma abordagem minimamente invasiva.

Contato: RAQUEL DE MARIA MAUÉS SACRAMENTO – raquel_maues@yahoo.com.br

TEMÁRIO: SARCOMAS / TUMORES ÓSSEOS
CÓDIGO: 61954

SACRALECTOMIA POR VIA LAPAROSCÓPICA – RELATO DE CASO

Autores: Haroldo Jose Siqueira Igreja Junior; Vilson Leite Batista; Bruno dos Santos Viana Carvalho; Lucas Simões Tavares; Juliana Gonçalves Coelho; Lais Botelho Brum; João Henrique Queiroz Prata; Renata Rangel Justiniano; **Instituição:** SOCIEDADE DE BENEFICENCIA PORTUGUESA DE CAMPOS

Apresentação do caso: Mulher, 49 anos, com queixa de dor lombossacra associada a incontinência fecal. Durante investigação diagnóstica foi encontrado um nódulo de 2,8 x 2,4cm no lobo inferior do pulmão esquerdo, assim como uma lesão sacral ao nível de S3-S5, com 5,0 x 3,2 x 4,0 cm. Após realização de biópsias, foi suspeitado o diagnóstico de cordoma sacral. A paciente foi então submetida a ressecção sacral com marcação pré-cirúrgica da lesão por tomografia computadorizada. **Descrição cirúrgica:** A paciente foi inicialmente posicionada em decúbito dorsal, com ambas as pernas afastadas; realizado pneumoperitônio com o uso de trocarer supraumbilical de 10mm. Após, três outros trocateres foram posicionados nos quadrantes superior e inferior direito; e a paciente foi posicionada em Trendelenburg com rotação lateral direita. A cirurgia se inicia com uma clássica dissecação inframesentérica pela incisão da face

medial dos cólons esquerdo e sigmóide, continuando com a incisão da fásia de Treitz, fásia endopélvica e a divisão posterior entre o mesorreto e a face anterior do sacro ao nível da fásia de Waldeier. Após liberar a face anterior do sacro, a dissecação vascular se inicia ao nível da bifurcação das ilíacas. Liberadas a superfície anteromedial das artérias ilíacas comuns e dissecadas as artérias ilíacas internas, diseca-se os ramos superior e inferior laterais do sacro, ligando os ramos inferiores com sutura e endoclips. Uma compressa cirúrgica foi posicionado no espaço retrorretal, o pneumoperitônio foi despeito, trocateres retirados e as incisões ventrais fechadas. A paciente foi posicionada então em posição canivete, com posterior antisepsia e posicionamento de novos campos cirúrgicos. Foi realizada a incisão intglútea de Kraske, até encontrar a fásia sacral e liberar a superfície posterior do sacro. Uma incisão infracoccígea foi realizada no músculo puborretal, continuando com a incisão do ligamento supraespinhoso bilateralmente. Feita laminectomia posterior ao nível da marcação pré-cirúrgica, com secção dos ramos nervosos de S3-S4 e curetagem do saco epidural superiormente. Então foi realizada a osteotomia sacral, seguida pela ligadura dos vasos mediais sacrais e incisão da fásia pré-sacral. A paciente teve alta no sétimo dia pós-operatório, já deambulando com ajuda de fisioterapia motora, após dois dias em unidade de terapia intensiva. A perda estimada de sangue foi de 800mL, sendo transfundido 300mL de concentrado de hemácias no pós-operatório.

Contato: JULIANA GONÇALVES COELHO – jugoncalvescoelho@hotmail.com

TEMÁRIO: TUMORES HEPATOBILIOPANCREÁTICOS
CÓDIGO: 61861

SEGMENTECTOMIA LATERAL ESQUERDA

Autores: Luiz Henrique Locks Corrêa; Tiago Auatt Paes Remonti; Antonio Nocchi Kalil; Luiggi Anselmo Leonardi; Vitor Arce Cathcart; Erico Pereira Cadore; Lorena Luiza Siqueira Marques; Guilherme Zatti Fedrizzi; **Instituição:** HOSPITAL SANTA RITA DE POA

Apresentação do caso: Paciente masculino, 61 anos, previamente hígido, portador de neoplasia colorretal descoberta em junho de 2016, sendo submetido a reto-sigmoidectomia por vídeolaparoscopia. No diagnóstico eram conhecidas metástases hepáticas no segmento II e III, optou-se por abordagem em um segundo tempo. Realizada adjuvância com FOLFIRI + cetuximabe. Em janeiro de 2017 foi indicada a ressecção das lesões hepáticas por laparoscopia, foi submetido a segmentectomia lateral esquerda por vídeo sem intercorrências. Teve alta no segundo pós-operatório sem intercorrências. O anatomopatológico demonstrou se tratar de metástase de adenocarcinoma de cólon com limites cirúrgicos livres. Realizada adjuvância com FOLFOX. Atualmente

encontra-se em follow up há 5 meses sem evidências de recidiva neoplásica. Desde o início desse século, a ressecção de lesões hepáticas por via laparoscópica tem vencido as resistências iniciais e ganho terreno no arsenal cirúrgico. O corpo de evidência produzido, desde então, tem demonstrado sua eficácia, factibilidade e segurança, além de propor uma série de vantagens em relação à técnica laparotômica/convencional, especialmente, no controle de sangramento, nas complicações perioperatórias e no tempo de permanência hospitalar. Tais desfechos favoráveis parecem ser mais claros nas ressecções de lesões localizadas nos segmentos II e III do fígado. A abordagem cirúrgica das lesões hepáticas de origem colorretal é a única opção terapêutica de proposta curativa. Neste contexto, a técnica laparoscópica veio sendo desenvolvida com o objetivo de reduzir a morbidade cirúrgica e tem-se verificado cada vez mais vantagens em relação ao trauma cirúrgico, taxa de complicações e tempo de internação, associados com desfechos oncológicos favoráveis.

Contato: LUIZ HENRIQUE LOCKS CORREA – Riquee@gmail.com

TEMÁRIO: ONCOGINECOLOGIA
CÓDIGO: 61636

TRANSPOSIÇÃO UTERINA: TÉCNICA CIRÚRGICA

Autores: Reitan Ribeiro; Audrey Tiek Tsunoda; Carla Simone da Silva; João Antônio Guerreiro; Claudiane Ligia Minari;

Instituição: HOSPITAL ERASTO GAERTNER

Apresentação do caso: Paciente sob anestesia geral, posição de litotomia, antisepsia, sondagem vesical evacuadora. Após, é realizada incisão umbilical, seguido de pneumoperitônio e inserção de trocarte de 10 mm em região suprapúbica. Segue visualização da cavidade com óptica de 30° e introdução de trocartes de 5 mm em flancos e região supra púbica. O Ligamento redondo é seccionado seguindo com abertura do ligamento largo, dissecação do espaço vesicovaginal, selagem e secção dos vasos uterinos na altura da sua junção com o cérvix; os vasos pericervicais e ligamentos útero-sacros são selados e seccionados; a vagina é seccionada liberando o útero e suturada com fio absorvível; Os infundíbulos pélvicos (IP) são dissecados até seu cruzamento com os vasos ilíacos; o íleo terminal, cólon direito, o sigmoide e cólon descendente são separados do retroperitônio permitindo a dissecação dos vasos gonadais até sua origem; o útero pode então ser transposto para o abdome superior enquanto o cólon e íleo são reposicionados sob o arco formado pelo útero, anexos e seus vasos; os ligamentos redondos são fixados no abdome superior utilizando sutura transparietal, assim como os vasos gonadais para evitar migra-

ção para a pelve ou herniação; o pneumoperitônio é esvaziado e as suturas transabdominais ajustadas; o colo do útero suturado à incisão umbilical, permitindo a menstruação pelo umbigo e exame visual do colo, encerrando a cirurgia. Após tratamento radioterápico, no caso de tu de reto, é realizado retosigmoidectomia videolaparoscópica com anastomose colon-retal primária (anastomose com stapler circular). Segue a liberação do útero e IP da parede abdominal com pinças de energia e transferência para a pelve. A vagina é aberta e o útero é projetado para seu interior e anastomosado via vaginal. O ligamento redondo e largo são anastomosados com sua porção pélvica.

Contato: CARLA SIMONE DA SILVA – carlasimonesilva@yahoo.com.br

TEMÁRIO: ONCOGINECOLOGIA
CÓDIGO: 62018

TREINAMENTO EM VIDEOLAPAROSCOPIA NA AVALIAÇÃO DA RESSECABILIDADE DE CARCINOMA OVARIANO: CURVA DE APRENDIZADO E VÍDEO DIDÁTICO

Autores: Andre Lopes; Vivian Sartorelli; Kamilla Liberato Pereira; Giovana Abero Cabrea; Marcel Amianti Macedo; Tania Cristina de Souza; Mariana Rosetti; Mariana Camargo Forghieri; Antonio Carlos Bastos Navarro; Ademir Narciso Menezes; Gabriel Lowndes de Souza Pinto; André Aguiar; Ronaldo Lucio Rangel Costa;

Instituição: INSTITUTO BRASILEIRO DE CONTROLE DO CANCER; INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO

Introdução: A videolaparoscopia tem sido utilizada na avaliação da ressecabilidade em carcinoma ovariano, com o principal intuito em evitar laparotomias desnecessárias com conseqüente morbidade e atraso na quimioterapia. A cirurgia minimamente invasiva atualmente deve fazer parte do treinamento de residentes em cirurgia oncológica e ginecologia oncológica. **Objetivo:** Análise da curva de aprendizado. **Confecção de um vídeo prático para rápida tomada de decisão intra-operatória** **Método:** Análise prospectiva de 15 videolaparoscopias por carcinoma ovariano avançado ou recidivado com sinais de carcinomatose peritoneal. Procedimentos realizados pela mesma equipe de residentes em ginecologia oncológica e preceptores. O score de Fagotti foi aplicado em todos os casos. **Resultados:** Nos 6 primeiros casos o tempo entre o pneumoperitônio e a decisão de ressecabilidade variou de 50 a 120 minutos, a partir do sétimo caso houve diminuição considerável deste tempo, com a decisão variando entre 30 e 45 minutos. O posicionamento dos trocarters ficou padronizado com três portais: umbilical, supra-púbico e fossa ilíaca direita, sendo eventualmente necessário um quarto portal

no hipocôndrio esquerdo. Foi padronizado o início da inspeção sempre pelo andar superior do abdome, visto os critérios de irressecabilidade. Entre os 15 casos incluídos no estudo, 8 eram virgem de tratamento, 3 apresentaram score Fagotti maior ou igual a 10, foram encaminhadas a quimioterapia neoadjuvante, uma apresentava múltiplas metástases em serosa de delgado irressecável, 4 apresentaram score 0-8 e foram submetidas a laparotomia e citorredução completa. Uma paciente havia realizado quimioterapia neoadjuvante, com Score 6, foi submetida a citorredução de intervalo completa. As 6 pacientes restantes eram por recidiva da doença, 5 foram submetidas a laparotomia com Score 0-6, destas, em 4 obtivemos citorredução completa, a quinta paciente apresentou invasão linfonodal de duodeno, obviamente não identificada na laparoscopia, a última paciente era portadora de invasão do mesentério. Demonstramos no vídeo uma abordagem prática e rápida para avaliação da ressecabilidade em carcinoma ovariano. Conclusões A videolaparoscopia tem papel importante na avaliação da ressecabilidade em carcinoma ovariano, com uma curva de aprendizado relativamente curta, desde que um padrão seja estabelecido. A abordagem minimamente invasiva faz parte do treinamento moderno da residência em cirurgia oncológica e ginecologia oncológica

Contato: *ANDRE LOPES DE FARIAS E SILVA – andrelopes1002@hotmail.com

TEMÁRIO: URO – ONCOLOGIA
CÓDIGO: 61982

VIDEO LIVRE: LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL LAPAROSCÓPICA TRANSPERITONEAL PARA DOENÇA RESIDUAL VOLUMOSA APÓS QUIMIOTERAPIA PARA CÂNCER DE TESTÍCULO – DESCRIÇÃO TÉCNICA

Autores: Bruno Roberto Braga Azevedo; Marina Bachmann Guimarães; Susiane do Rocio Brichta; Carlos Trippia; Larissa Luvison Gomes da Silva; Mariana de Castro; Audrey Tsunoda;

Instituição: HOSPITAL SÃO VICENTE

Introdução: A linfadenectomia retroperitoneal é uma das etapas de tratamento multimodal para doença residual com marcadores negativos, ao término da quimioterapia para câncer de testículo avançado. A laparoscopia tem o potencial de reduzir significativamente a morbidade, porém pela elevada complexidade, há poucos casos na literatura. **Objetivo:** Descrever a técnica cirúrgica laparoscópica transperitoneal para consolidação de tratamento quimioterápico em câncer misto de testículo.

Método: paciente hígido, 27a, orquiectomia esquerda – neoplasia mista germinativa – teratoma (80%) e carcino-

ma embrionário (20%), adenomegalias retroperitoneais e cervical baixa, de 1,7 a 6cm, pT2 cN3 M0 S3 / EC IIIC (Alto risco). BHCG inicial 44.613mIU/ml; AFP=4.691UI/ml; DHL=1.228U/L e pós-quimioterapia: BHCG<2,0mIU/ml, AFP=0,8UI/ml e DHL=224U/L. Realizada linfadenectomia retroperitoneal sistemática, descrição técnica em vídeo demonstrativo. **Resultado:** Posição de Lloyd-Davis, com membros superiores ao longo do corpo, e inferiores em pernas de Allen. 4 trocateres e ótica de 30o. Cirurgia entre os membros inferiores, utilizando trocater de 5mm de hipogástrico e de 5mm em fossa ilíaca esquerda, 1o assistente à direita do paciente, a câmera no portal umbilical (11mm) e pinça de auxílio (trocater 5mm, fossa ilíaca direita). Dois monitores na altura dos ombros do paciente. No Trendelenburg combinado com lateral direita, as alças são posicionadas no hipocôndrio direito, visualizando-se o retroperitônio. Incisão peritoneal sobre os vasos ilíacos comuns direitos, ascendendo-se cranialmente. Identificados os marcos anatômicos (ureteres, psoas, duodeno, veias renais, aorta e cava e AMI). Suspensão da janela peritoneal com pontos transperitoneais. Dissecção dos linfonodos para cavais, interaortocavais, retrocavais, para-aórticos, retroaórticos e perirrenais esquerdos e retropancreáticos, onde há conglomerado linfonodal. Estratégia de neuropreservação hipogástrica parcial, dissecção dos vasos renais e ureter esquerdo, e preservação simpática completa. Detalhes de utilização de pinças de energia, definição de limites de dissecção e uso de materiais. Tempo cirúrgico 320min, perda sanguínea de 50ml, alta hospitalar na manhã seguinte, sem complicações em 30 dias. O resultado final foi de teratoma maduro residual. **Conclusão:** A cirurgia de linfadenectomia transperitoneal retroperitoneal após quimioterapia para câncer de testículo avançado é factível e pode ser reproduzida com reduzida morbidade

Contato: BRUNO ROBERTO BRAGA AZEVEDO – angra@terra.com.br