

VÍDEO

068. CORREÇÃO DE ANEURISMA AORTA ABDOMINAL INFRA-RENAL COM ENDOPRÓTESE BIFURCADA: RELATO DO PRIMEIRO CASO DA FMABC

Bertolami A, Fürst RVC, Galego SJ, Kafajian o, Polimanti AC, Rodrigues FF

adribertolami@uol.com.br

O Aneurisma de Aorta abdominal (AAA), é definido pela como uma dilatação anormal > 50% do diâmetro esperado de um vaso em determinada localização. Ocorre com maior frequência, em homens brancos com mais de 50 anos, tendo maior incidência aos 80. A maneira habitual de correção do AAA se faz por meio de cirurgia convencional, quer por acesso transperitoneal ou retroperitoneal, o que requer interrupção de fluxo de aorta, o que pode levar a alterações no pos-operatório e requer comumente maior tempo de hospitalização. Com o advento da técnica endovascular, a correção do AAA obteve uma nova opção de seu tratamento. Trata-se de técnica inovadora, que exclui o saco aneurismático da circulação por meio de colocação de endoprótese, sem abordagem cirúrgica direta do segmento acometido. O objetivo deste vídeo é relatar o primeiro caso de correção de AAA, pela técnica endoluminal realizada no mês de maio de 2003 no Hospital de Ensino Padre Anchieta no setor de radiologia vascular – ABC Imagem. O paciente apresentava indicações para o procedimento: Coronariopatia, hipertensão arterial descompensada, Mal de Parkinson, diabetes mellitus, com critérios anatômicos favoráveis: colo proximal de comprimento adequado e baixa tortuosidade de aorta e de artérias ilíacas. O procedimento aconteceu sem intercorrências, com o paciente obtendo alta hospitalar em 24 horas.

069. CORREÇÃO DE HÉRNIA INCISIONAL, EM PONTO DE PUNÇÃO DE TROCATER, POR VÍDEO-LAPAROSCOPIA

Lopes LS, Abucham Neto JZ, Polycarpo A, Sorbello AA, Waisberg J, Zerwes MHT leo.sl@ig.com.br

Introdução: Demonstração de um caso de correção por vídeo-laparoscopia de uma hérnia incisional em ponto de punção de trocater, após laparoscopia diagnóstica ginecológica. A paciente, M.F.L.R., sexo feminino, 48 anos, branca, professora, foi submetida à laparoscopia diagnóstica, onde foi diagnosticado miomas uterinos. Poucos dias após a cirurgia notou abaulamento, que aumentava aos esforços, no ponto de punção em FID, e dor discreta no local. Também foi realizado USG que mostrou colelitíase. Um ano e meio após a primeira cirurgia, foi submetida a colecistectomia associada à correção da hérnia incisional no ponto de punção do trocater, ambas por vídeo-laparoscopia. A técnica cirúrgica é demonstrada em detalhes nesse vídeo. **Conclusão:** Atualmente a paciente encontra-se sem queixas ou sinais de recidiva.

070. ESPLENECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA POR DOENÇA HEMATOLÓGICA

Blandi FA, Burdelis REM, Faure MG, Lobello HFP, Ramacciotti O, Xavier MFF

blandi@uol.com.br

Objetivo: Relatar dois casos, pela apresentação de um vídeo, de duas pacientes submetidas a esplenectomia por via laparoscópica no tratamento de doença hematológica. Pretende-se mostrar a viabilidade e segurança do procedimento. **Métodos:** Foram estudados dois casos de pacientes submetidas a esplenectomia videolaparoscópica, no Serviço de Cirurgia Geral, da Disciplina de Fundamentos da Cirurgia da FMABC, em junho de 2002 e fevereiro de 2003. As idades das pacientes eram de 23 e 27 anos. Ambos apresentavam diagnósticos clínicos de Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI) diagnosticadas pelo quadro clínico e exames subsidiários. As cirurgias foram indicadas pelo grupo de hematologia da FMABC, que

acompanhavam as pacientes ambulatorialmente. **Resultados:** A indicação cirúrgica nos dois casos foi por PTI. Os tempos operatórios foram de uma hora e meia no primeiro caso e quarenta minutos no segundo. Não houve necessidade de transfusão sanguínea em nenhuma paciente e tão pouco qualquer complicação intra-operatória. As peças cirúrgicas foram encaminhadas para exame anátomo-patológico e o diagnóstico clínico confirmado pelo exame microscópico. Não houve complicação pós-operatória em ambas as pacientes. O índice de morbidade e mortalidade foi zero. Os períodos de internação hospitalar foram de três dias no primeiro caso e 4 dias no segundo. **Conclusões:** A esplenectomia por via laparoscópica representa boa indicação no tratamento cirúrgico das doenças hematológicas. O procedimento é seguro e de baixa complexidade.

071. EXERÉSE DE CORPO ESTRANHO DA CAVIDADE ABDOMINAL POR VÍDEO-CIRURGIA

Catelani LGC, Gonçalves S, Lopes LS, Polycarpo A, Sorbello AA, Waisberg J leo.sl@ig.com.br

Introdução: Este vídeo visa mostrar a retirada de um corpo estranho da cavidade abdominal por vídeo-cirurgia. O paciente R.T., 64 anos, sexo masculino, raça amarela, havia sido operado de úlcera gástrica e duodenal há 36 anos e apresentava no exame de ultra-sonografia uma coleção peri-hepática de 7,0 cm de diâmetro com corpo estranho de 3,5 cm em seu interior e na tomografia uma lesão cística em hipocôndrio direito. Foi então indicada a vídeo-cirurgia para remoção deste corpo estranho. **Resultados:** No início da cirurgia foi drenado o abscesso por punção lombar direita criando uma cavidade, a qual foi preenchida com soro fisiológico para a instalação do trocater e introdução de CO₂ para a visualização com a câmera laparoscópica. Com isto pôde-se ter a visão do corpo estranho no interior da loja do abscesso. O corpo estranho foi retirado da cavidade abdominal e enviado para exame anátomo-patológico. Foi instalado um dreno e a seguir a ferida operatória foi fechada. **Conclusão:** Paciente evoluiu bem, tendo recebido alta no segundo pós-operatório; exame de ultra-sonografia após dois meses revela cápsula do abscesso fibrosada.

072. HERNIOPLASTIA INCISIONAL VIDEOLAPAROSCÓPICA COM TELA DE PTFE

Abdalla R, Bagarollo C, Franchi T, Henriques AC, Pires SP, Topciu FR flavia_topciu@bol.com.br

Introdução: Paciente masculino, 66 anos, apresenta queixa de abaulamento na região lombar e dor aos pequenos esforços há 30 dias, após cirurgia ortopédica para retirada de enxerto ósseo em região de crista ilíaca. A hipótese diagnóstica de hérnia incisional lombar direita recidivante, por retirada de enxerto ósseo após cirurgia ortopédica, teve como conduta cirúrgica, submeter o paciente à correção com tela de PTFE, colocada por videolaparoscopia. **Conclusão:** Através das imagens do ato operatório, relatamos como um caso raro de hérnia incisional lombar, foi tratado por videolaparoscopia.

073. MASTOIDECTOMIA RADICAL POR COLESTEATOMA CONGÊNITO

Abdo TRT, Antunes ML, Moretti G, Queiroz GAS, Rapoport PB, Zanini RVR

raulzani@ajato.com.br

Introdução: A otite média crônica colesteatomatosa, definida como proliferação de epitélio escamoso queratinizado na orelha média ou em qualquer área pneumatizada do osso temporal, pode causar erosão da cadeia ossicular e ou do arcabouço ósseo da mastóide e gerar complicações intra e extra cranianas. Os colesteatomas podem ser congênitos ou adquiridos,

sendo que os primeiros representam apenas 2% dos casos e comportam-se mais agressivamente. **Objetivo:** Os autores pretendem demonstrar as relações anatómicas da mastóide e SNC, ilustrando o quadro clínico e ressaltando a importância da investigação de doenças otológicas como etiologia de patologias no SNC. **Métodos:** O paciente masculino de 18 anos apresentou otorrêa intermitente de odor fétido em orelha direita acompanhada de hipoacusia ipsilateral há oito anos, apresentando a otoscopia perfuração de membrana timpânica e secreção fétida. Durante a investigação diagnóstica, o paciente apresentou quadro compatível com meningite bacteriana, sendo realizada tomografia computadorizada de crânio e ossos temporais, que evidenciou lesão em periferia de lobo temporal indicativo de abscesso cerebral e material de consistência de partes moles em cavidade timpânica, mastóide e região epitimpânica anterior, sugestiva de colesteatoma. Realizou-se mastoidectomia radical de urgência acompanhada da neurocirurgia, com a confecção de uma cavidade ampla. **Resultados:** O paciente evoluiu bem, com remissão dos sintomas e epitelização total da cavidade mastóidea, permanecendo internado por seis semanas com antibiótico terapia intravenosa. **Conclusão:** A mastoidectomia radical demonstrou-se eficaz para erradicação da doença de base e assim impedindo a progressão das patologias do SNC.

074. NOVO CONCEITO E VERSATILIDADE EM LIGADURAS POR VÍDEO-LAPAROSCOPIA

Catelani LGC, Gonçalves S, Abucham Neto JZ, Sorbello AA, Waisberg J, Zerwes MHT

dr_sergiogoncalves@yahoo.com.br

Introdução: Nos procedimentos cirúrgicos vídeo-laparoscópicos, real importância tem sido dispensada às ligaduras, quer vasculares ou de ductos ou ainda de estruturas como órgãos, vísceras ou outras. O principal método utilizado pela técnica vídeo-endoscópica, para estas ligaduras é o grampeador, que são disponíveis com grampos individuais (aço, titânio ou absorvíveis) ou múltiplos. No sentido de baratear o custo destas ligaduras, efetuamos estudos experimentais utilizando fitas de nylon (poliéster), material versátil e com grau de segurança adequado. Pode ser usada como ligadura definitiva ou temporária (reversibilidade), ou ainda, no auxílio da apresentação do campo operatório e não necessita de aplicadores especiais podendo ser aplicada com pinças convencionais (grasp). **Resultados:** Efetuamos estudos em Cirurgia Experimental: iniciamos com análise de toxicidade do material e com testes de sensibilidade e avaliação da resposta inflamatória utilizando ratos brancos; depois efetuamos estudos da possibilidade de emprego e da segurança do mesmo em diversos procedimentos cirúrgicos, realizados em cachorros pelo método convencional (aberto); somente após estes testes viabilizamos seu emprego pela via laparoscópica (fechada) também utilizando cachorros. **Conclusão:** A fim de aumentar a segurança e simplificar a aplicação por vídeo-laparoscopia destas fitas foi sugerido, ao fabricante, algumas alterações no modelo inicial.

075. PADRONIZAÇÃO DE TÉCNICA DE COLOCAÇÃO DE CATETER DE THENCKOFF POR VÍDEOLAPAROSCOPIA

Lopes LS, Polycarpo A, Sorbello AA, Topciu FR, Waisberg J, Zerwes MHT

leo.sl@ig.com.br

Introdução: Padronização de uma técnica idealizada para colocação de catéter de Thenckoff por via vídeo-laparoscópica. A diálise peritoneal é um tratamento eficaz para os renais crônicos. Com o advento da DPAC (Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua) a participação do paciente e seus familiares no tratamento dialítico trouxe vantagens para a sobrevivência dos mesmos, com melhor qualidade de vida e menor risco de Infecção Hospitalar. **Conclusão:** O implante do cateter de Thenckoff pelo método vídeo-laparoscópico é preconizado para portadores de Insuficiência Renal crônica que foram submetidos a cirurgias abdominais prévias.

076. SUPRA-RENALECTOMIA ESQUERDA POR VÍDEO-LAPAROSCOPIA NO TRATAMENTO DE MIELOLIPOMA

Abucham Neto JZ, Lopes LS, Polycarpo A, Sorbello AA, Topciu FR, Waisberg J leo.sl@ig.com.br

Introdução: Neste trabalho, os autores mostram a utilização de vídeo-laparoscopia na abordagem terapêutica de neoplasia de glândula supra-renal. Trata-se de um paciente com 16 anos de idade, encaminhado para avaliação cirúrgica, apresentando hipertensão arterial sistêmica, cuja hipótese diagnóstica feita pela equipe de nefrologia foi de feocromocitoma. Na radiografia simples de abdome verifica-se a presença de radiopacidade circunscrita em topografia supra-renal esquerda sugerindo a presença de calcificação nodular. A tomografia computadorizada confirma a presença de um nódulo calcificado de supra-renal, sendo então indicada a sua retirada por vídeo-laparoscopia. **Resultados:** O procedimento cirúrgico é demonstrado em detalhes no vídeo em relação aos aspectos técnicos e dificuldades na visualização do campo operatório. O exame anátomo-patológico revelou tratar-se de mielolipoma com metaplasia óssea, neoplasia de glândula supra-renal extremamente rara.

077. TRANSFORMAÇÃO DE “BILLROTH II” EM “Y DE ROUX”

Catelani LGC, Gonçalves S, Sorbello AA, Topciu FR, Waisberg J, Zerwes MHT

lgcatelani@hotmail.com

Introdução: Os autores apresentam a utilização de vídeo-laparoscopia na transformação de uma reconstrução de trânsito intestinal de “Billroth II” em “Y de Roux”. Trata-se de paciente de sexo masculino, 65 anos de idade, que apresentava queixa de pirose e queimação gástrica há vários anos e de difícil controle. Ele havia sido submetido a uma gastrectomia com reconstrução à B II há 40 anos, devido a uma úlcera péptica. O exame de endoscopia apresentou gastrite e esofagite de refluxo alcalina. **Resultados:** O vídeo apresenta com detalhes a técnica utilizada, desde a liberação das aderências resultantes da primeira cirurgia até a reconstrução do Y de Roux que foi realizada a céu aberto por pequena incisão abdominal. De acordo com a literatura, essa modalidade de reconstrução de trânsito digestivo evita o refluxo de bile para o coto gástrico e com isso reduz a complicação representada pela gastrite alcalina.

078. TRATAMENTO DE MEMBRANA DE VEIA CAVA INFERIOR POR ANGIOPLASTIA

Bezerra AS, Bordignon TS, Hirose K, Pires AC, Valente T

thais32@uol.com.br

Introdução: A Síndrome de Budd-Chiari é uma desordem incomum causada por uma obstrução fora da circulação da veia hepática, sendo a principal causa a presença de membrana ou estreitamento de veia cava inferior. Essa síndrome é caracterizada por ascite, hepatomegalia e dor abdominal. **Objetivo:** Relatar um caso em que foi utilizada a mais recente técnica para tratamento de membrana de veia cava inferior. **Discussão do Caso:** Paciente sexo feminino, 54 anos foi encaminhada ao Hospital das Clínicas de São Paulo com queixa de aumento de volume abdominal há 3 anos. Ao exame físico foi detectada ascite bastante volumosa. Negativa antecedentes de esquistossomose, cirrose e hepatite. Realizados USG de abdome total e USG Duplex Doppler em que foram obtidos achados compatíveis com Síndrome de Budd-Chiari. A cavografia detectou obstrução de veia cava inferior por provável membrana ou trombo. Encaminhada ao Hospital Nossa Senhora de Lourdes, foi indicada angiografia com dilatação de membrana de veia cava inferior. Durante o procedimento foram realizados transfixação da membrana e angioplastia com balão de 25 mm de diâmetro. Após o procedimento observou-se um aumento do fluxo na veia cava inferior e diminuição do fluxo nas veias colaterais, normalizando o gradiente de pressão entre átrio direito e veia cava inferior, que antes era de 6 mmHg e, posteriormente, reduziu-se para zero. **Conclusão:** A intervenção percutânea por angioplastia tem sido recentemente utilizada no tratamento da membrana de veia cava inferior e diversos trabalhos apontam para um resultado estatisticamente eficaz.

079. TRATAMENTO VÍDEO-LAPAROSCÓPICO DE HÉRNIA INGUINAL RECIDIVADA OPERADA PRIMARIAMENTE POR VÍDEO-LAPAROSCOPIA

Catelani LGC, Gonçalves S, Abucham Neto JZ, Sorbello AA, Topciu FR, Waisberg J dr_sergiogoncalves@yahoo.com.br

Introdução: Relato de um caso de recidiva após hernioplastia inguinal vídeo-laparoscópica, que foi reparado por vídeo-laparoscopia, 1 ano e 4 meses após a primeira cirurgia. O paciente O.G., masculino, branco, 62 anos, motorista, era portador de hérnia inguinal mista bilateral, há 3 anos, e também hérnia umbilical. Foi submetido a hernioplastia inguinal bilateral, por vídeo-laparoscopia, com uso de tela, em posição peritoneal, pelo acesso transabdominal, em cada lado, e a herniorrafia umbilical clássica. Evoluiu com hematoma inguinal bilateral, que se resolveu clinicamente, e retornou as suas atividades com 10 dias. Observou-se recidiva de hérnia inguinal do lado direito, após 2 meses. O paciente foi reoperado, por vídeo-laparoscopia, onde se observou deslocamento lateral da tela, possibilitando a formação de hérnia inguinal direta do lado direito. No ato cirúrgico, colocou-se outro pedaço de tela, de 13X9cm, antepondo-se ao triângulo de Hesselbach, que foi fixado ao ligamento de Cooper, fascia transversalis, e a outra tela, que não foi retirada; sendo feita posteriormente a peritonização. **Conclusão:** O paciente evoluiu sem intercorrências, retornando as atividades profissionais com 7 dias. A reoperação por vídeo-laparoscopia possibilitou a chance de visibilização da região inguinal que foi operada bilateralmente, permitindo o exame e a comparação de ambas as regiões inguiniais: uma com correção satisfatória, sem hérnia, e outra com recidiva herniária devido à migração parcial da tela.

080. URETEROLITOTOMIA VIDEOLAPAROSCÓ-PICA: UMA OPÇÃO ANTES DA CIRURGIA ABERTA

Castro MG, Filho JBA, Gaspar HA, Inohara M, Juliano RV, Silva FZ

Objetivo: Dentre as várias formas para tratamento de litíase urinária a videolaparoscopia tornou-se uma opção. Neste vídeo pretendemos demonstrar uma ureterolitotomia videolaparoscópica para um cálculo que não foi fragmentado com a litotripsia extra-corpórea e possuía uma massa calcárea grande demais para a ureterolitotripsia intra-corpórea. **Métodos:** Paciente B.F.L., 77 anos, com história de dor lombar típica à direita há 4 meses, sendo diagnosticada litíase urinária em ureter proximal, medindo aproximadamente 4 cm. Foi submetido a litotripsia extra-corpórea sem sucesso por duas vezes. Optamos então, pela realização de ureterolitotomia e por ser menos invasiva e com melhor recuperação pós-operatória utilizamos a via laparoscópica duplicando a técnica aberta. A dissecação do retro-peritônio foi realizada digitalmente e com auxílio de um balão através de uma incisão de 2 cm na linha axilar média. Posteriormente introduziu-se trocar de 10 mm com óptica de 0 grau e mais duas punções de 5 e 10 mm foram realizadas, uma no ângulo do músculo pára-vertebral com o

último arco costal e outra na ponta do último arco costal. Com um palpador o ureter direito foi dissecado e o cálculo identificado. O ureter foi incisado, o cálculo extraído sem dificuldades e o ureter suturado. O retroperitônio foi desfeito e a incisão fechada. O Paciente evoluiu bem e recebeu alta no primeiro pós-operatório. **Conclusão:** A indicação da videolaparoscopia para litíase urinária tem aumentado significativamente, sendo a ureterolitotomia videolaparoscópica mais uma opção terapêutica antes da utilização da técnica aberta.

081. VIDEOLAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA E TERAPEUTICA EM SUB-OCCLUSÃO INTESTINAL POR HÉRNIA INTERNA

Blandi FA, Burdelis REM, Cruz RRM, Lobello HFP, Ramacciotti O, Xavier MFF

blandi@uol.com.br

Objetivo: Relatar um caso, pela apresentação de um vídeo, de um paciente com sub-oclusão intestinal submetido a videolaparoscopia diagnóstica e terapêutica por hérnia interna. Pretende-se mostrar a viabilidade e segurança do procedimento. **Métodos:** Foi estudado um caso de um paciente, do sexo masculino, de 35 anos de idade e portador de sub-oclusão intestinal, submetido a uma videolaparoscopia diagnóstica e terapêutica por hérnia interna, no Serviço de Cirurgia Geral, da Disciplina de Fundamentos da Cirurgia da FMABC, em junho de 2002. O paciente apresentava sinais e sintomas de sub-oclusão intestinal, diagnosticada pelo quadro clínico e exames subsidiários. Foi indicada videolaparoscopia diagnóstica devido a resposta inadequada do tratamento clínico inicial, instituído por 48 horas, e história progressiva de ter sido internado em mês anterior com o mesmo diagnóstico. **Resultados:** Durante o inventário videolaparoscópico foi diagnosticada a causa da sub-oclusão intestinal. Tratava-se de uma hérnia interna originada por um orifício no meso do intestino delgado. No mesmo tempo operatório e pela mesma via de acesso foi realizado o tratamento da hérnia com sutura do meso. O tempo operatório foi de aproximadamente uma hora e meia. Não houve qualquer complicação intra-operatória. Não houve complicação pós-operatória precoce e o paciente teve alta hospitalar três dias após a cirurgia. O índice de morbidade e mortalidade foi zero. **Conclusão:** A via laparoscópica representa bom método diagnóstico em caso de sub-oclusão intestinal, podendo ser instituída terapia num mesmo tempo operatório e pela mesma via de acesso, em casos de diagnósticos menos complexos, como a hérnia referida. O procedimento é seguro e de baixa complexidade.

PÔSTERES CIRÚRGICOS

082. ANÁLISE DO TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DA DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO-TÉCNICA À NISSEN

Cabianca AMR, Cruz RRM, Guimarães SO, Ligabue MV, Oliveira LB, Oliveira RB

alinecabi@ig.com.br

Análise retrospectiva de 110 pacientes submetidos a tratamento videolaparoscópico da doença do refluxo gastroesofágico operados com técnica à Nissen. **MÉTODOS:** Foram submetidos a tratamento videolaparoscópico para correção da doença do refluxo gastroesofágico 110 pacientes selecionados com EDA, EED, pHmetria (De Meester 14.7-140, em média 37.6) e manometria, no período de 2001- 2002, sendo realizado valvuloplastia anti-refluxo à Nissen e crura do anel hiatal, quando hérnia hiatal associada. Foram analisados o tempo de procedimento cirúrgico, período de internação, complicações maiores pós-operatórias e seus respectivos tratamentos, sintomatologia clínica e EDA de controle no pós-operatório. **Resultados:** O tempo de cirurgia foi em média de 80 minutos, com período de internação de 30 horas. Houve melhora da sintomatologia clínica em 96% dos pacientes, tendo melhora dos resultados da EDA em 100% dos casos. Disfagia em 8% dos pacientes, tratados posteriormente com dilatação endoscópica cm balão pneumático. Ocorreu

um caso de embolia pulmonar, um caso de estenose esofagogástrica que necessitou de reoperação e um caso de abscesso de loja esplênica tratado clinicamente. Houve uma incidência de 18% de dor em ombro nos pacientes. Mortalidade de 0% e morbidade de 4,2%. Os pacientes com esôfago de Barret (7,2%) apresentaram melhora clínica e endoscópica evidentes. **Conclusão:** A correção de hérnia de hiato e Doença do Refluxo Gastroesofágico por videolaparoscopia é um método consagrado, com baixa morbidez, melhora clínica evidente e um retorno dos pacientes a suas atividades mais precocemente.

083. ANÁLISE DOS TRATAMENTOS VIDEOLAPAROSCÓPICOS DA OBESIDADE MÓRBIDA - TÉCNICAS DE WITTGROVE, FOBI-CAPELLA E BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL (BGA)

Cabianca AMR, Cruz RRM, Guimarães SO, Ligabue MV, Oliveira LB, Oliveira RB

alinecabi@ig.com.br

A cirurgia aberta em obesos é associada às complicações cardiopulmonares, infecções e hérnia incisional enquanto a laparoscopia tem mostrado redução na morbidade perioperatória. Este estudo analisou pacientes submetidos a 3 técnicas cirúrgicas videolaparoscópicas, para verificar sua factibilidade no tratamento da obesidade mórbida. **Métodos:** Analisou-se por 1 ano o