

Vídeo Livre

ENDOSCOPIA DIGESTIVA

RETIRADA DE CORPO ESTRANHO PONTIAGUDO DE ESÔFAGO

Kilimnik LM, Rabello I, Fraga E, Bittencourt PFS, Coelho P, Alberti LR

Instituição Feluma/Hospital Felício Rocho

R.F.F, masculino, 8 meses de idade, com relato da mãe de ingestão de prego. Paciente submetido a endoscopia digestiva alta, na qual foi visualizado corpo estranho pontiagudo em esôfago. Primeiramente o corpo estranho foi mobilizado para o estômago com pinça dente de rato. No segundo momento, houve apreensão do objeto por alça, sendo este removido com a ponta pontiaguda para baixo. Reintroduzido gastroscópio para revisão, sendo visualizadas algumas lacerações superficiais da mucosa esofágica, porém sem sinal de perfuração. Objetivo: discussão de técnicas para remoção de corpo estranho pontiagudo, com avaliação dos riscos de complicação

RETROPROMONTOFIXAÇÃO E HISTEROPEXIA ASSOCIADA NO TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DA PROCIDÊNCIA DE RETO EM PACIENTE COM DESCENSO PERINEAL

Lima EG, Cruz GMG, Zanetti DA, Jardim NSR, Lopes RGS, Lage KMFC, Reis RAS, Meyer MMMMDE

Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte

Os trabalhos na área de desordens pélvicas orgânicas tem comprovado benefício na preservação uterina à histerectomia vaginal convencional, pois esta provoca desarranjo arquitetural que pode culminar em cistocele, retocele, prolapso e procidência retal com significativo comprometimento da qualidade de vida feminina. A histerectomia agrava condição fisiopatológica da pelve da mulher que com a idade, distúrbios hormonais e os partos pélvicos evolui com frouxidão ligamentar, muscular e óssea, comprometendo o compartimento pelveperineal. **Caso videoilustrado:** Trata-se de paciente de 67 anos, G6P5NA1, que apresentava descenso perineal com sintomas relacionados ao prolapso uterino e a procidência de reto, encaminhada a Coloproctologia. Queixava-se de constipação refratária a tratamento clínico, incontinência fecal, dor pélvica e perineal, sensação de peso e secreção anal constante, mais recentemente com sangramento anal devido ulceração da mucosa consequente a procidência retal. Submetida a retopromontofixação e histeropexia utilizando-se tela de poli-propileno via laparoscópica, operada em outubro de 2014, até o momento com evolução favorável e ganho na qualidade de vida. Conclusão: A preservação uterina tem sido objetivo nas pacientes com descenso perineal, pois com a sua restauração anatômica e preservação do canal vaginal, evita-se disfunção sexual e infertilidade, que compõe a identidade da mulher, bem como reduz o prolapso dos órgãos pélvicos e índices de reoperação.

MICROCIRURGIA ENDOSCÓPICA TRANSANAL: ALTERNATIVA MINIMAMENTE INVASIVA PARA TRATAMENTO DE ADENOMAS VOLUMOSOS E TUMORES RETAIS INICIAIS

Santos SS, Meyer MMMMDE, Neves PM, Lanna D, Lavall Júnior FJC, Reis MCW

Hospital Mater Dei

Introdução: A Microcirurgia Endoscópica Transanal (TEM) é estratégia promissora na abordagem de lesões retais. Várias publicações vêm popularizando e confirmam benefícios desta modalidade no tratamento de adenomas de alto grau, inclusive volumosos, e até mesmo adenocarcinomas iniciais, T1, de baixo risco. Os resultados oncológicos são comparáveis aos das operações radicais convencionais, não obstante o padrão traumático mínimo e o menor índice de complicações. Estas características conferem à TEM, ampla aceitação nos serviços proctológicos e da população. **Objetivo:** Relatar experiência de tratamento de lesão retal, com características favoráveis à abordagem por TEM, mostrar o vídeo da cirurgia e sua evolução. **Método:** Dados obtidos por revisão sumária de prontuário e pesquisa na literatura médica. **Resultados:** MDDS, feminino, 67 anos, há seis meses, alteração no hábito intestinal com diarreia, muco e sangue, associada a episódios de urgência. Colonoscopia: Pólipo séssil, volumoso, granular, a 07cm da margem anal ? anátomo patológico (AP): Adenoma tubular com displasia de baixo grau ? e ultrassonografia endoscópica sugeriu lesão T1; Submetida a TEM, pós operatório (PO) em quarto, queixou-se apenas dor anal. Dieta reintroduzida no PO imediato com boa aceitação. Recebeu alta no 3º dia PO. Seguimento ambulatorial sem intercorrências. AP: Adenoma viloso com displasia de baixo grau; margens cirúrgicas livres. **Conclusão:** A média de complicações após TEM que requer intervenção cirúrgica é muito inferior à da ressecção radical convencional. Elas são: transfixação da parede da alça com alcance da cavidade, provocando pneumoperitônio e até enfisema subcutâneo; deiscência de anastomose; incontinência temporária para gases, mais raramente, evacuatória; fístulas; sangramento. Alguns trabalhos extrapolam à restrição da indicação para lesões iniciais e apresentam bons resultados para as lesões mais avançadas, entretanto, ainda controversos. Portanto, o paciente submetido à TEM precisa ser advertido sobre necessidade de ressecção radical se a lesão apresentar características histológicas desfavoráveis ou se margens cirúrgicas comprometidas. O instrumental utilizado exige alto investimento financeiro, além de maior preparo e habilidade técnica da equipe médica assistente, isso dificulta o acesso da população a esta tecnologia. Este desafio precisa ser superado e novos estudos, produzidos, objetivando demonstrar os benefícios da TEM em outros perfis de lesões.

MIOTOMIA ENDOSCÓPICA PER ORAL PARA TRATAMENTO DA ACALÁSIA ESOFAGIANA IDIOPÁTICA E DO MEGAESÔFAGO CHAGÁSICO

Albuquerque W, Ferrari TA, Arantes V, Coelho LGV, Rodrigues MAG, Rocha PRS

Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

Descrição: Projeto submetido como defesa em tese de Mestrado de Thiago Antunes Ferrari. Pacientes portadores de acalasia esofagiana idiopática (AEI) ou megaesôfago chagásico (MC), sintomáticos, têm qualidade de vida comprometida com queixas frequentes de disfagia, emagrecimento, aspiração bronco-pulmonar ou suas consequências. Os tratamentos mais utilizados são a cirurgia (miotomia à Heller) e a dilatação endoscópica forçada da cárdia. Ambos são procedimentos invasivos, com morbimortalidade e recidiva dos sintomas em tempo variável. Recentemente surgiu uma inovadora abordagem desta afecção por via endoscópica, procedimento que tem sido denominado miotomia endoscópica per oral (POEM), com resultados iniciais promissores. Até o presente momento não existem dados publicados sobre o uso do POEM no Brasil. Neste projeto de estudo pretendemos selecionar 20 pacientes portadores de AEI ou MC, comprovados por esofagograma, manometria e sorologia para Doença de Chagas, com disfagia e suas consequências para serem submetidos a tratamento endoscópico pela técnica de POEM, tendo como objetivo avaliar as respostas clínica, radiológica e manométrica pós-tratamento.

Palavras-chave: POEM, Peroral Endoscopic Myotomy; Achalasia; Megaesophagus.

ESÔFAGO DE BARRETT COM DISPLASIA DE ALTO GRAU FOCAL

Cruz LAM

Hospital Madre Teresa

Introdução: O esôfago de Barrett é sabidamente precursor do adenocarcinoma esofágico, tipo histológico de câncer cuja incidência está aumentando. Nos dias atuais, a vigilância endoscópica no paciente com esôfago de Barrett é de suma importância para o diagnóstico precoce de lesões de alto risco e terapêutica adequada. Os aparelhos com magnificação da imagem e cromoscopia digital corroboram para um diagnóstico mais preciso das displasias. **Objetivo:** Apresentar um caso de ressecção de displasia de alto grau focal em esôfago de Barrett utilizando mucosectomia (Duette). **Relato de caso:** E.F.L, 63 anos, masculino, branco, hipertenso, diabético tipo 2, dislipidêmico, coronariopata submetido a revascularização miocárdica em 2014. Relata pirose e regurgitação de longa data, com diagnóstico de DRGE complicado com Barrett em 2001, ocasião da realização da funduplicatura gástrica. Faz vigilância endoscópica sendo diagnosticada displasia de alto grau focal em BARRETT C8M8, com lâmina revisada por patologista expert. Optado por ressecção da área focal de displasia de alto grau (DAG) utilizando mucosectomia. Após três meses foi realizada revisão endoscópica que demonstrou reepitelização com tecido escamoso na área ressecada. **Discussão:** Diagnóstico de DAG em área focal com irregularidade, nodulação ou depressão, em esôfago de Barrett, deve ser revisado por um segundo patologista (GRAU C) e esta área deve ser ressecada permitindo uma avaliação completa da lesão pelo patologista. Pode ser utilizada técnica de mucosectomia e dissecação para a ressecção da lesão. O kit Duette vêm sendo usado pela facilidade, segurança e tempo de duração do procedimento. Em caso de lesões superficiais utilizar ablação térmica e nas lesões visíveis ressecção dessa área (GRAU B). O paciente submetido ao tratamento endoscópico deve ser acompanhado a cada três meses (GRAU D). Hoje em dia há uma tendência, utilizando a tecnologia de cromoscopia digital e magnificação da imagem, em fazer biópsias apenas nas áreas suspeitas, deixando de lado as biópsias protocoladas (nos quatro quadrantes a cada centímetro) (GRAU D). Pelo risco de lesões sincrônicas devemos sempre pensar na eliminação total do Barrett (GRAU A), entretanto devemos levar em conta a extensão do Barrett, condições do paciente e recursos locais. **Conclusão:** A mucosectomia da lesão focal com DAG em esôfago de Barrett foi possível e forneceu ao patologista material adequado para o estadiamento final da lesão.