

Tratamento de Estenose Ureteral Complexa, com as Técnicas de Psoas-Hitch e Retalho de Boari por Videolaparoscopia. Relato de Caso e Revisão da Literatura

Daniel Carvalho Ribeiro¹, Abílio de Castro Almeida², Pedro Ribeiro da Mota³, Marcus Vinicius Neto Pimentel⁴, Jason Lucas Sales Junior⁵, Maria Paula Navarro Varella⁶, Edson Augusto Prachia Ribeiro⁷

Hospital do Câncer de Muriaé – Departamento de Cirurgia. Faculdade de Medicina Unifaminas - Muriaé, MG.

- 1) Mestre pela Universidade Federal Fluminense, Uro-oncologista do Hospital do Câncer de Muriaé, MG.
- 2) Uro-oncologista do Hospital do Câncer de Muriaé, MG.
- 3) Urologista do Hospital do Câncer de Muriaé, MG.
- 4) Anestesista, TSA-SBA, do Hospital do Câncer de Muriaé, MG.
- 5) Residente de Cirurgia Oncológica do Hospital do Câncer de Muriaé, MG.
- 6) Acadêmica do Curso de Medicina da Unifaminas - Muriaé, MG.
- 7) Doutor pelo AC Camargo, Chefe do Serviço de Cirurgia Oncológica do Hospital do Câncer de Muriaé, Professor do Curso de Medicina da Unifaminas - Muriaé, MG.

Correspondência*: Av. Cristiano Ferreira Varella, 555
Bairro Universitário, Bloco 2
Centro de Estudos
Muriaé, MG
CEP: 36880-000
Email: carvalho_daniel@id.uff.br

INTRODUÇÃO

As causas mais comuns de estenose ureteral incluem lesão iatrogênica, compressão extrínseca, neoplásica, cálculos, distúrbios congênitos e idiopáticos.^{1,2} Os procedimentos endoscópicos e laparoscópicos pélvicos complexos são em geral as principais causas das estenoses. A tuberculose geniturinária ainda é prevalente em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, e isso tem sido demonstrado como uma causa importante de estenose ureteral em cerca de 6% dos casos³. Estenoses ureterais menores podem ser tratadas através de uma abordagem endoscópica; contudo, a taxa de sucesso não é favorável em estenoses mais longas⁴. Tradicionalmente o manejo dos casos mais complexos é realizado por cirurgia reconstrutiva convencional, geralmente associada a uma

internação hospitalar prolongada, em comparação com métodos reconstrutivos minimamente invasivos. Este relato visa demonstrar o tratamento de uma estenose complexa por via minimamente invasiva.

MATERIAIS E MÉTODOS

Apresentamos o caso de uma paciente de 50 anos. Submetida em outro serviço a cinco ureterorenolitotripsias para tratamento de um cálculo em pelve renal de 1,5 cm. Após o diagnóstico foi tentado manejo da estenose com método endoscópico de dilatação e cateter duplo J, porém sem

sucesso. A mesma foi encaminhada para o nosso serviço, após estadiamento da estenose com Uro-tomografia identificamos um estreitamento na transição do ureter médio para o distal em torno de 6,0 cm. Como tratamento Definitivo Optamos pela técnica do retalho de Boari laparoscópico transperitoneal, associado ao psoas-hitch.

DISCUSSÃO

O reimplante do ureter por via laparoscópica foi relatado primeiro por Reddy e Evans em 1994⁵. A Execução da Técnica do Retalho de Boari associado ao psoas-hitch por via minimamente invasiva tem se mostrado como uma cirurgia desafiadora, com tempo operatório médio de 247 min, conforme relatado por Gözen et al.⁶ Procedimentos realizados sem o emprego das técnicas acima foram significativamente mais curtos, pois duraram, em média, 156 min⁷. O retalho de Boari facilita a anastomose sem tensão no caso de estenoses ureterais maiores. Alguns estudos compararam o resultado entre tratamento cirúrgico aberto para estenose ureteral com psoas-hitch e retalho de Boari e os resultados foram comparáveis.⁸

Os melhores resultados são alcançados em pacientes adequadamente selecionados com técnicas cirúrgicas apropriadas baseadas em características da estenose. A obstrução recorrente é a complicação mais temida a longo prazo, e a maioria das recorrências são identificados no primeiro ano de cirurgia⁹. Apresentação clínica de pacientes com recorrência de estenose é consideravelmente variável devido ao lento desenvolvimento de estenose recorrente.

Por esse motivo, é necessário um amplo acompanhamento no primeiro ano pós-cirurgia para identificar a estenose ureteral recorrente por avaliação radiográfica do trato urinário superior. Se detectadas precocemente, podem responder inicialmente a intervenção por via endoscópica, portanto procedimentos endoscópicos devem ser indicados antes de optar pela intervenção cirúrgica.

RESULTADOS

A cirurgia teve duração de 165 minutos com perda sanguínea estimada em 100 mL. Devido a extensa estenose, figura A, optamos em realizar o Psoas-Hitch, e em sequencia, incisão da bexiga com retalho vesical até a porção sadia do ureter, Figura B, implante de cateter duplo J para moldar o retalho, Figura C, anastomose do retalho vesico-ureteral de ponta a ponta foi realizada com suturas contínuas de

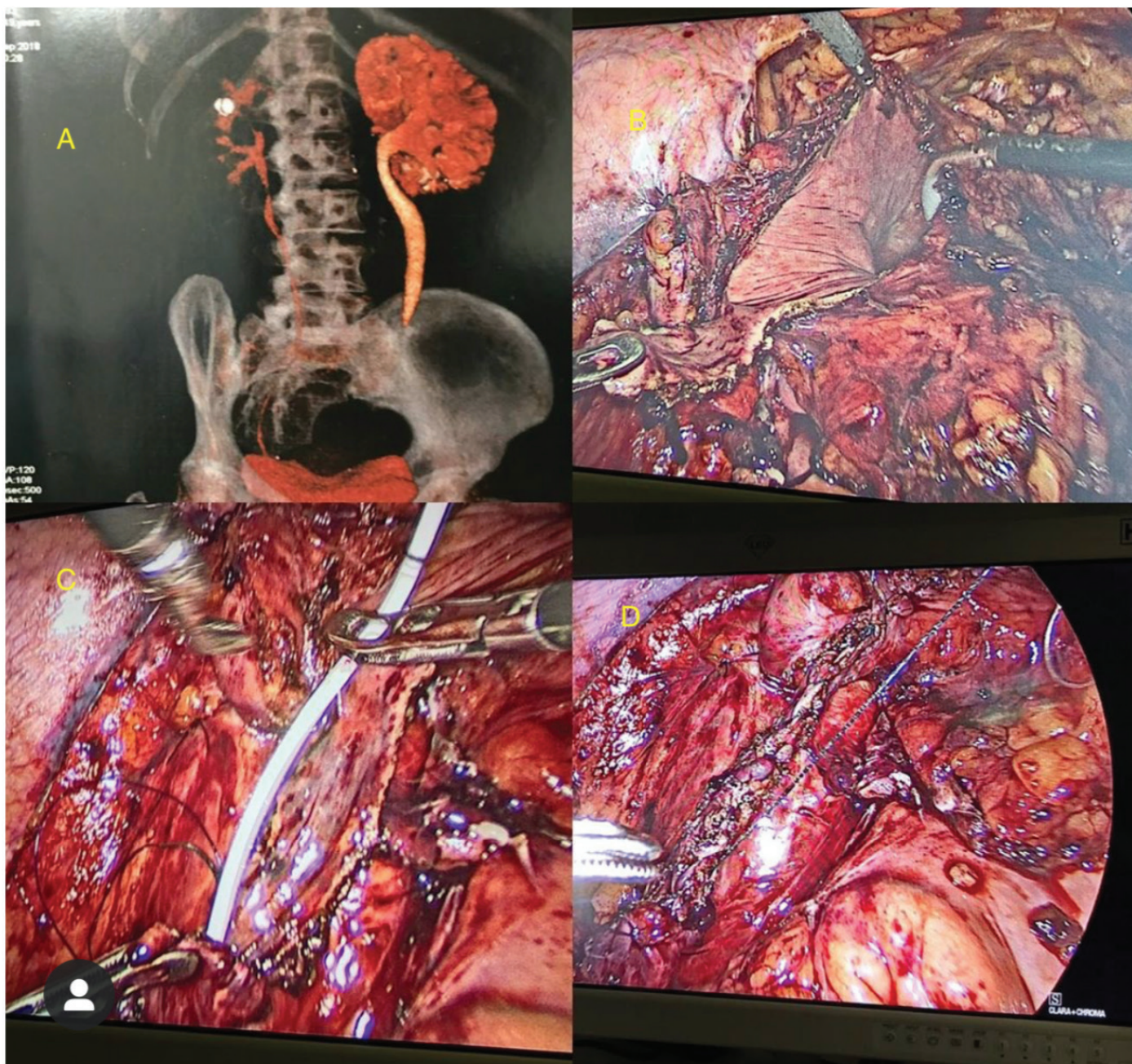
poliglactina 4.0, Figura D. No intraoperatório, não tivemos problemas significativos. A paciente recebeu alta três dias após a cirurgia. O cateter de Foley foi mantido por 10 dias; o stent ureteral foi deixado por quatro semanas. A resolução completa dos sintomas foi afirmada seis semanas após o procedimento.

CONCLUSÃO

O retalho laparoscópico de Boari é viável, resolutivo e uma técnica minimamente invasiva segura para o tratamento de estenose ureteral complexa.

FIGURA

Figura A: Uro-tomo, evidenciando extensa estenose do ureter esquerdo.
Figura B: Fixação da Bexiga por meio do Psoas-Hit, seguida de incisão da bexiga construção do retalho vesical.
Figura C: Anastomose da parede posterior do ureter sadio com o retalho de Boari e introdução do cateter duplo J.
Figura D: Aspecto final após tubulização do retalho de Boari.



Fonte: Arquivo Pessoal.

REFERÊNCIAS

1. Romero V, Akpınar H, Smith JJ 3rd, Assimos DG. Changing patterns in iatrogenic ureteral injuries. *RevUrol* 2011;13:e179-83.
2. Rassweiler JJ, Gözen AS, Erdogru T, Sugiono M, Teber D. Ureteral reimplantation for management of ureteral strictures: A retrospective comparison of laparoscopic and open techniques. *EurUrol*2007;51:512-22.
3. Ministério da Saúde. [base de dados na internet] Incidência da tuberculose urogenital-[acesso em : 2011 Jun 6] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1527.
4. Romero V, Akpınar H, Smith JJ 3rd, Assimos DG. Changing patterns iniatrogenic ureteral injuries. *Rev Urol* 2011;13:e179-83.
5. Reddy PK, Evans RM. 1994. Laparoscopic ureteroneocystostomy. *J Urol*, 152:2057-9
6. Gözen AS, Cresswell J, Canda AE, Ganta S, Rassweiler J, Teber
7. D. Laparoscopic ureteral reimplantation: prospective evaluation of medium-term results and current developments. *World J Urol* 2010;28:221-6
8. Abraham GP, Das K, Ramaswami K, George DP, Abraham JJ,
9. Thachil T.Laparoscopic reconstruction of iatrogenic-induced lower ureteric strictures: Does timing of repair influence the outcome? *Indian J Urol*2011;27:465-9.
10. Symons S, Kurien A, Desai M. Laparoscopic ureteral reimplantation: a single center experience and literature review. *J Endourol* 2009;23:269-74
11. Bansal A, Sinha R J, Jhanwar A, Prakash G, Purkait B, Singh V. Laparoscopic ureteral reimplantation with Boari fap for the management of long-segment ureteral defect: A case series with review of the literature. *Turk J Urol*. 2017; 43(3):313-8.