

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

SOLICITANTE: MM. Juiza de Direito Dra. Maria Isabela Freire Cardoso

PROCESSO Nº.: 50015015720228130433

CÂMARA/VARA: UJ - 2º JD CÍVEL

COMARCA: Montes Claros

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

REQUERENTE: J. A. P.

IDADE: 80 anos

PEDIDO DA AÇÃO: Procedimento/Exame complementar
URETROPLASTIA AUTÓGENA

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10 N 35

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Estenose de uretra

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 57.639

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2022.0002653-2656

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Requisito informações acerca do procedimento cirúrgico pretendido, a patologia apresentada, bem como sobre o tratamento prescrito e competência para a sua realização.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme relatórios médicos datados de 05/01/2022 , trata-se de JAP, 79 anos, com quadro de estenose de uretra bulbar com comprometimento vesical. Passado de câncer de próstata há 20 anos submetido a prostatectomia radical, com cura da doença. Evoluiu com incontinência urina, sendo submetido a implante de esfíncter uretral artificial, que infelizmente teve de retirar por complicações pelo uso do aparelho. Como sequela apresentou estenose de uretra e foi submetido a duas tentativas de cirurgia de uretroplastia sem sucesso, na manutenção da perviedade uretral. Assim necessitou de cistostomia para drenagem de urina de forma provisória. Diante do quadro de estenose de uretra bulbar com comprometimento vesical, tem indicação de

tratamento cirúrgico de uretroplastia autógena.

A uretra é um órgão tubular por onde a urina flui para fora da bexiga. A uretra masculina pode ser dividida em uretra anterior, envolvendo a uretra peniana e bulbar e a uretra posterior, representada pela uretra membranosa. Logo na saída da bexiga, atravessa a próstata. Em sua porção medial na região que corresponde à curvatura da uretra antes dela entrar na pelve, encontra-se a uretra bulbar, onde encontra-se o esfíncter urinário, que controla a eliminação voluntária da urina.

Estenose uretral é um estreitamento de um segmento da uretra, que pode resultar em diminuição ou mesmo interrupção completa do fluxo urinário, acarretando em uma série de complicações. Qualquer parte da uretra pode ser afetada, sendo que a extensão do estreitamento pode variar de alguns milímetros ou até mesmo afetar a uretra em toda a sua extensão. Em geral, existe deposição de tecido cicatricial fibrosante na região da estenose. As estenoses de uretra podem ter origem idiopática, iatrogênica, inflamatória e traumática. Estudo de meta-análise descreve que, 33% das estenoses de uretra são de origem idiopática, 33% iatrogênica, 19% traumáticas (queda a cavaleiro) e 15% inflamatórias. **Em nosso meio, a principal causa de lesão uretral é o trauma iatrogênico causado por procedimentos endourológicos, cirurgias prostáticas convencionais e uso de sondas uretrais.**

O diagnóstico deve ser suspeitado em todo paciente que apresentar sintomas obstrutivos do trato urinário inferior e tenham uma história pregressa de manipulação do trato urinário como o uso de sondas uretrais, cirurgias urológicas endoscópicas ou cirurgias prostáticas convencionais, traumatismo de alta energia com comprometimento dos ossos pélvicos ou ainda pacientes com história de queda a cavaleiro. Queixas de fluxo reduzido de urina geralmente é o primeiro sintoma. Dificuldade miccional é bastante comum, porém a interrupção completa do fluxo é rara. Jato espraçado ou duplo, gotejamento de urina após a micção, aumento da frequência miccional, noctúria,

algúria e incontinência urinária podem ser observados. O estreitamento provoca uma dilatação da uretra proximal pelo aumento da pressão no trato urinário acima da estenose. **A bexiga pode apresentar sinais de hipertrofia ou enfraquecimento. Por causa da estase, infecções urinárias e prostatites são complicações bastante comuns** em pacientes com estenose.

Embora todas as estenoses de uretra tenham em comum, a mesma apresentação, resumidas na forma de jato urinário fraco, sensação de micção incompleta e aumento da frequência miccional; a localização precisa do local da estenose é capital para se determinar o melhor tratamento a ser adotado. Os exames complementares que auxiliam no diagnóstico e o estadiamento são: a **fluxometria urinária e o estudo urodinâmico** revelam uma jato urinário fraco, regular e achatado, que representa a dificuldade da urina em deixar a bexiga; **uretrocistografia miccional e retrograda** permitem avaliar a localização da estenose com 94% de sensibilidade; a **cistoscopia** que permite examinar a região da estenose com um endoscópio especial. Indicada principalmente quando há dúvidas se a estenose de uretra é ao nível da uretra membranosa, prostática ou da anastomose uretro-vesical em paciente submetidos à prostatectomia radical. Tal dúvida é gerada na uretrocistografia devido à contração do esfíncter uretral externo, que faz com que não haja gradiente de pressão retrógrado para o delineamento dos segmentos uretrais posteriores ao esfíncter. Além deste exames, a ressonância nuclear magnética e a ultrassonografia e a da uretra podem ser usadas para ajudar a elucidar melhor a área da estenose.

A definição da técnica cirúrgica a ser utilizada deve levar em conta a etiologia da estenose, a localização, a severidade, o comprimento da estenose, os tratamentos prévios, as comorbidades, a presença de líquen escleroso e a preferência do paciente. O estadiamento pré-operatório da estenose é fundamental para o planejamento cirúrgico, mas, muitas vezes, por mais cuidadoso que seja,

pode ser insuficiente. Por este motivo, **é fundamental que o cirurgião domine múltiplas técnicas de uretroplastia, pois mudanças de planos são comuns durante a cirurgia.** Como regra geral, a uretroplastia na estenose uretral recorrente, deve ser realizada em centros de referência. **Avaliação multiprofissional** pré-operatória com psicologia, nutrição e fisioterapia é importante, ajudando o cirurgião no entendimento das expectativas do paciente e facilitando a decisão conjunta do tratamento.

Os tratamentos cirúrgicos são geralmente necessários para a estenose obstrutiva da uretra. Ao pensar no tratamento das estenoses de uretra, é obrigatório ter ciência que se trata da abordagem de uma cicatriz e, para tal, os melhores resultados são obtidos com a remoção completa deste tecido cicatricial, quando possível, e anastomose boca a boca entre os segmentos saudáveis. Na impossibilidade da remoção completa, pode-se lançar mão de técnicas com a utilização de retalhos e/ou enxertos para substituição de grandes segmentos uretrais, ureteroplastia autogena. No tratamento da estenose uretral aguda, ou de urgência, o cirurgião pode utilizar meios endoscópicos (dilatação uretral ou uretrotomia interna) ou cistostomia suprapúbica. Dilatações uretrais e mesmo uretrotomias internas têm um papel muito limitado no tratamento das estenoses devendo ser considerados somente **como tratamento paliativo**, na grande maioria dos casos. **O uso da cistostomia por um período mínimo de 30 dias pré operatório é uma prática que deve ser encorajada.** A urina passando sob altas pressões na uretra obstruída, além de dilatar o segmento proximal à obstrução causando um subestadiamento da lesão, ainda **piora a qualidade da mucosa uretral** que será utilizada durante a cirurgia. **A uretroplastia, ou a excisão do segmento estenótico da uretra e anastomose com tecidos saudáveis e saudáveis, é considerada a forma mais adequada e definitiva de tratamento das estenoses de uretra.** Vários estudos comparando outras formas de tratamento das **estenoses de uretra até 2 cm, com a uretroplastia convencional com anastomose termino-terminal,**

demonstram que o realinhamento após a ressecção do segmento estenótico apresenta o **melhor resultado clínico, e a menor taxa de recidiva** no longo prazo, com **índices de sucesso de 90 a 95%**. Casos em que o comprimento da **estenose é maior do que 1.5 cm podem necessitar de enxerto a fim de reconstituir o tubo uretral, anastomoses término terminal estendida com retalho de prepúcio**. Nos casos onde foi necessário a **colocação de enxertos de mucosa oral, estenose maiores que 2,5 cm**, tidos como mais graves e complexos de, o **índice de sucesso num prazo de 3 anos é de 88%, com índices de recorrência de 15%**.

As complicações cirúrgicas das uretroplastias variam muito na dependência da localização e da técnica usada, sendo a complicação mais comum a recidiva da estenose. Fístulas urinárias também podem ocorrer em qualquer segmento operado. Nas uretroplastias com enxerto, pode ocorrer necrose do enxerto e com necessidade de reanastomose.

No Sistema Único de Saúde (SUS) o procedimento de uretroplastia autógeno está previsto na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAB), procedimento de média complexidade, sob o código 04.09.02.013-3, estando disponível em centros especializados, sendo de competência do gestor local a pactuação dos fluxos para sua realização.

Conclusão: trata-se de paciente com 79 anos, com estenose de uretra bulbar com comprometimento vesical. Passado de câncer de próstata, com cura da doença. Evoluiu com incontinência urina, sendo submetido a implante de esfíncter uretral artificial, retirado por complicações. Como seqüela apresentou estenose de uretra e foi submetido a duas tentativas de cirurgia de uretroplastia sem sucesso. Assim necessitou de cistostomia para drenagem de urina de forma provisória. Diante da estenose de uretra bulbar com comprometimento vesical, tem indicação de tratamento cirúrgico de uretroplastia autógena.

Estenose uretral é um estreitamento de um segmento da uretra,

que pode resultar em diminuição ou mesmo interrupção completa do fluxo urinário, acarretando em uma série de complicações. Podem ter origem idiopática, iatrogênica, inflamatória e traumática, sendo em nosso meio, a principal causa de lesão uretral é o trauma iatrogênico causado por procedimentos endourológicos, cirurgias prostáticas convencionais e uso de sondas uretrais.

O diagnóstico deve ser suspeitado em paciente que apresentar sintomas obstrutivos do trato urinário inferior e tenham uma história pregressa de manipulação do trato urinário e queixas de jato urinário fraco, sensação de micção incompleta e aumento da frequência miccional. O estreitamento provoca dilatação da uretra proximal pelo aumento da pressão no trato urinário acima da estenose, levando a sinais de hipertrofia ou enfraquecimento da bexiga.

A localização precisa do local da estenose é capital para se determinar o melhor tratamento a ser adotado. Os exames complementares que auxiliam no diagnóstico e estadiamento da estenose são: a fluxometria urinária e o estudo urodinâmico; uretrocistografia miccional e retrograda; a cistoscopia.

A definição da técnica cirúrgica a ser utilizada deve levar em conta a etiologia, a localização, a severidade, o comprimento da estenose, os tratamentos prévios, as comorbidades, a presença de líquen escleroso e a preferência do paciente. Como regra geral, para realização de uretroplastia na estenose recorrente, os pacientes devem ser referenciados para centros capacitados. Os tratamentos cirúrgicos são geralmente necessários para a estenose obstrutiva da uretra. Ao pensar no tratamento das estenoses de uretra, é obrigatório ter ciência que se trata da abordagem de uma cicatriz e, para tal, os melhores resultados são obtidos com a remoção completa deste tecido cicatricial, quando possível, e anastomose boca a boca entre os segmentos sadios. Na impossibilidade da remoção completa, pode-se lançar mão de técnicas com a utilização de retalhos e/ou enxertos para

substituição de grandes segmentos uretrais, ureteroplastia autogena. O uso da cistostomia por um período mínimo de 30 dias pré operatório é uma prática que deve ser encorajada. A uretroplastia, ou a excisão do segmento estenótico da uretra e anastomose com tecidos saudáveis e saudáveis, é considerada a forma mais adequada e definitiva de tratamento das estenoses uretrais. Pode ser realizada com anastomoses primárias ou com enxertos/retalhos de tecidos, ureteroplastia autogena. Vários estudos comparando formas de tratamento das estenoses de uretra até 2 cm, com a uretroplastia convencional com anastomose termino-terminal, demonstram que o realinhamento após a ressecção do segmento estenótico apresenta o melhor resultado clínico, e menor taxa de recidiva no longo prazo, com índices de sucesso de 90 a 95%. Casos em que o comprimento da estenose é > 1,5 cm podem necessitar de enxerto, para reconstituir a uretra, anastomoses término terminal estendida com retalho de prepúcio. Nos casos onde foi necessário a colocação de enxertos de mucosa oral, estenose > 2,5 cm, tidos como mais graves e complexos de, o índice de sucesso num prazo de 3 anos é de 88%, com índices de recorrência de 15%.

As complicações cirúrgicas das uretroplastias variam muito na dependência da localização e da técnica usada, sendo a complicação mais comum a recidiva da estenose. Fístulas urinárias também podem ocorrer em qualquer segmento operado. Nas uretroplastias com enxerto, pode ocorrer necrose do enxerto e com necessidade de reanastomose.

No SUS o procedimento de uretroplastia autógeno está previsto na Tabela SIGTAB, procedimento de média complexidade, código 04.09.02.013-3, estando disponível em centros especializados, sendo de competência do gestor local a pactuação dos fluxos para sua realização. Assim, no presente caso, não existe solicitação de procedimento diverso, não contemplado pelo SUS, que requeira avaliação de indicação, imprescindibilidade, substituição ou não pelo NATJUS dos mesmos. Trata-se de demanda, estritamente relacionada à

gestão da assistência a saúde e depende da melhor articulação de fluxos pelo gestor local, o que foge à finalidade do NATJUS - TJMG.

IV – REFERÊNCIAS:

1- McAninch JW, Lue TF. **Urologia geral de Smith e Tanagho**. 18.ed New York. Lange. 2014. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=soLrBgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.

2- Lima TFN, Peixoto GA, Sakuramoto PK. Abordagem contemporânea da estenose de uretra. Revista UROABC. 2017;7(1):18-21. Disponível em:

Andrich DE, Mundy AR. What is the best technique for urethrolasty? **Eur Urol.** 2008;54(5):1031-41. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0302283808009111?via%3Dihub>

3- Lumen N, Spiers S, De Backer S, Pieters R, Oosterlinck W. Assessment of the short-term functional outcome after urethroplasty: a prospective analysis. International Braz J Urol. 2011;37(6):712-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ibju/a/hd7KGdQSZbsDpwQFrYZYvnk/?format=pdf&lang=en>

4- Latini JM, McAninch JW, Brandes SB, Chung JY, Rosenstein D. SIU/ICUD Consultation on Urethral Strictures: Epidemiology, Etiology, Anatomy, and Nomenclature of Urethral Stenoses, Strictures, and Pelvic Fracture Urethral Disruption Injuries. **Urology**. 2014;83(Supplement 3A):S1-S7. Disponível em: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1037.4055&rep=rep1&type=pdf>.

5. Ministério da Saúde. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAB. Competência 02/2022. Disponível em:

<http://sigtab.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0408050160/02/2022>.

V – DATA:

09/02/2022

NATJUS – TJMG