

RECONSTRUÇÃO URETERAL COM A TÉCNICA DE MONTI APÓS RESSECÇÃO EXTENSA DE TUMOR COLORRETAL: RELATO DE CASO

David de Oliveira Lamas

Título de Especialista pela SBU, Preceptor da Residência de Urologia do Hospital da Baleia

Marcelo Miranda Salim

Título de Especialista pela SBU, Chefe do Serviço de Urologia do Hospital da Baleia

Ailton Gomes Faion

Título de Especialista pela SBU, Membro Efetivo do Colégio Brasileiro de Cirurgiões

Carlos Fabricio Sousa de Almeida

Coordenador da Residência Médica de Urologia do Hospital da Baleia

Edmilson Celso Santos

Preceptor da Residência de Urologia e da Residência de Cirurgia Geral do Hospital da Baleia

Daniel Coimbra Pianetti

Residente de Urologia do Hospital da Baleia

Endereço para correspondência

David de Oliveira Lamas
R. Juramento, 1464
Saudade, Belo Horizonte - MG.
CEP: 30285-000
Tel: (31) 3489-1500
E-MAIL: davi_lamas@yahoo.com.br

RESUMO

O comprometimento ureteral pode ocorrer nos casos de tumores pélvicos extensos. Para se alcançar uma cirurgia curativa a ressecção do segmento ureteral acometido se torna necessária.

Nesses casos pode-se lançar mão de várias alternativas cirúrgicas para reconstrução do trânsito ureteral e permitir a manutenção da função renal normal no rim ipsilateral.

Nesse artigo fizemos o relato de um caso em que foi realizada ressecção ureteral extensa devido invasão tumoral do ureter por adenocarcinoma colorretal avançado, com reconstrução da via urinária com segmento ileal em um segundo tempo cirúrgico, utilizando a técnica dos tubos de Monti.

Palavras-chave: carcinoma colorretal, reconstrução ureteral, procedimento de Monti

INTRODUÇÃO

Cerca de 24 % dos pacientes submetidos à ressecção extensa de tumor pélvico têm alguma complicação urológica que necessite de intervenção cirúrgica¹.

O comprometimento do ureter pode ocorrer nos casos de tumor colorretal avançado ou em outros tumores pélvicos. Para se alcançar uma cirurgia curativa, R0, a ressecção do segmento ureteral acometido se torna mandatória².

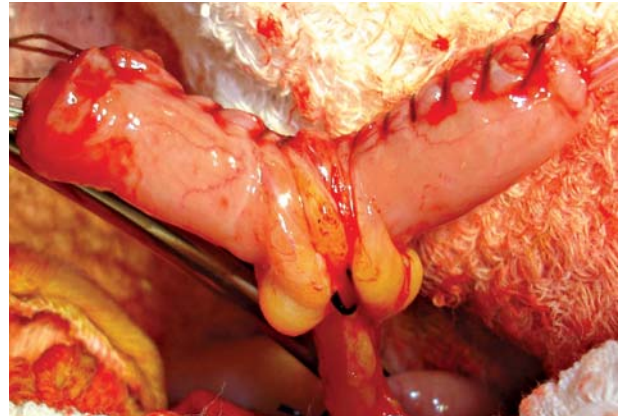
A utilização de um segmento ileal é uma das alternativas utilizadas para se restabelecer o trânsito ureteral em lesões ureterais extensas^{3,8}.

RELATO DE CASO

Paciente JCPC, feminino, 53 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma de reto ulcerado mais tumor de sigmóide infiltrativo e semi-oclusivo. Foi submetida à co-

FIGURA 1

Adenocarcinoma de reto ulcerado e tumor de sigmóide infiltrativo e semi-oclusivo.



Fonte: Arquivo pessoal

lectomia total com ressecção de retroperitônio, ovários e ureter esquerdo desde seus quatro centímetros proximais até a sua inserção na bexiga, devido acometimento tumoral. O trânsito intestinal foi reconstruído com anastomose íleo-retal e ileostomia protetora. O ureter proximal foi ligado primariamente e o rim esquerdo ficou excluído. Foi optado pela não realização de nefrostomia durante o procedimento cirúrgico. A histologia confirmou adenocarcinoma sincrônico e uma lesão de sigmóide que invadia o tecido ureteral. Os 25 linfonodos dissecados estavam livres da neoplasia. No 19º DPO foi realizado o fechamento da ileostomia e a reconstrução do ureter esquerdo com três tubos ileais pela técnica de Monti em série, reconstruindo uma área de 21 cm (3/7 cm). A anastomose com a bexiga foi feita com tunelização da porção distal pela técnica de Lich-Gregoir. Posicionado stent ureteral duplo J. Paciente apresentou boa recuperação pós-operatória, realizou quimioterapia adjuvante com 5-Fluoracil e Leucovorin com boa tolerância. O duplo J foi retirado após 30 dias e os exames de imagem mostraram o rim esquerdo funcionando e ausência de refluxo vesico-ureteral, função renal preservada. A paciente encontra-se bem clinicamente após seguimento de um ano.

DISCUSSÃO

As principais indicações de reconstrução ureteral são lesões urológicas após procedimentos endoscópicos, dissecação cirúrgica de linfonodos retroperitoneais, estenose ureteral pós radioterapia, lesão ureteral iatrogênica em cirurgias não urológicas, obstrução congênita do ureter, fibrose retroperitoneal, CA de células transicionais, entre outras⁴.

A maioria dos traumas ureterais surge devido lesões iatrogênicas durante cirurgias pélvicas. Muitas vezes, a excisão ureteral é necessária durante as cirurgias para se ressecar um tumor pélvico com margens livres, tanto em cirurgias urológicas quanto ginecológicas e/ou colorretais⁵.

O tipo de tratamento para essas lesões ureterais depende do tempo de ocorrência da lesão, da extensão e da etiologia da lesão⁵.

A substituição ureteral por um segmento ileal é uma técnica utilizada para se restabelecer o trânsito urinário em lesões ureterais extensas³.

Classicamente a ileoureteroplastia utiliza um segmento ileal previamente isolado com pelo menos o mesmo ta-

manho do segmento ureteral a ser substituído. Este segmento deve ser anastomosado na direção isoperistáltica. Uma alternativa à essa ureteroplastia clássica é a utilização de pequenos segmentos de íleo de 2,5 cm cada um, tratados com destubolização e posterior retubulização transversa, segundo a técnica descrita por Monti em 1997, desse modo é possível obter um tubo de aproximadamente sete centímetros de comprimento. A principal vantagem dessa técnica é de se poder utilizar segmentos ileais mais curtos que a técnica clássica^{3,7,8}.

O pequeno tamanho dos segmentos ileais empregados predispõe a uma menor secreção de muco e uma menor superfície intestinal reabsortiva o que diminui os distúrbios hidroeletrólíticos associados em relação à técnica clássica³. Esse procedimento também não predispõe a formação de litíase urinária e alguns estudos mostram que há até uma facilidade para eliminação dos cálculos com melhora na qualidade de vida dos pacientes com nefrolitíase recorrente⁶.

Outras opções de manejo para lesões ureterais extensas incluem a ureteroneocistostomia através de uma bexiga psóica ou de um Boari, transureteroureterostomia (contra indicado em pacientes com nefrolitíase ou carcinoma urotelial), autotransplante renal, nefrectomia ou nefrostomia⁶.

A confecção de válvula anti-refluxo na anastomose ileovesical é controversa. Estudos mostraram que pacientes submetidos à anastomose com e sem válvula anti-refluxo não demonstraram mudanças significativas na morfologia da via urinária. Algumas séries mostraram uma piora na função renal ipsilateral naqueles não submetidos à confecção da válvula. No entanto, outras séries não mostraram alterações significativas nas taxas de refluxo nem da função renal entre as duas técnicas⁶.

CONCLUSÃO

Reconstrução ureteral pode ser necessária após ressecção cirúrgica extensa de tumor colorretal avançado, ou recorrente. A substituição com íleo é uma ótima solução em qualquer paciente que necessite de uma reconstrução ureteral extensa⁴.

O emprego do procedimento de Monti com tubos em seqüência é uma técnica segura e com menores índices de complicações que a técnica clássica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Peter K. Stotland, *et al*: Urologic Complications of Composite Resection Following Combined Modality Treatment of Colorectal Cancer. *Ann Surg Oncol* (2009) 16:2759–2764.
- 2 Sven Richter; Otto Kollmar, *et al*: Transureteroureterostomy allows renal sparing radical resection of advanced malignancies with rectosigmoid invasion. *Int J Colorectal Dis* (2007) 22:949–953
- 3 A. Rodríguez Alonso, *et al*: Substitución parcial del uréter por un segmento de íleon tratado según el procedimiento de Monti. *Actas Urol Esp* 2005; 29 (6): 607-610.
- 4 Sandra A. Armatys, *et al*: Use of Ileum as Ureteral Replacement in Urological Reconstruction
- 5 *J Urol*. 2009 January ; 181(1): 177–181.
- 6 Jae Young Joung; In Gab Jeong, *et al*: The Efficacy of Transureteroureterostomy for Ureteral Reconstruction During Surgery for a Non-Urologic Pelvic Malignancy. *Journal of Surgical Oncology* 2008;98:49–53
- 7 Brian R. Matlaga, *et al*: Ileal Ureter Substitution: A Contemporary Series. *UROLOGY* 2003; 62: 998–1001.
- 8 Paulo R Monti, *et al*: The Monti procedure: applications and complications. *J Urol*. 2000 May; 55 (5): 616-621.
- 9 Monti PR, Freitas RG, Netto, JMB. Princípios de Monti e Mitrofanoff. In: Almeida JC, Filho MZ. Atlas de Uropediatria. São Paulo: Planmark, 2009. p. 123