

FIBROSE RETROPERITONEAL: REVISÃO DE RESULTADOS PÓS OPERATÓRIOS DE URETERÓLISE LAPAROSCÓPICA

Leonardo Vasconcelos Horta
Médico Urologista TISBU

Anuar Ibrahim Mitre
Prof. Associado de Urologia da FMUSP e
Prof. Titular de Urologia da Faculdade de
Medicina de Jundiaí -SP

Marco Arap
Prof Assistente de Urologia do Hospital
das Clínicas da FMUSP

Endereço para correspondência

Leonardo Vasconcelos Horta
Rua Santa Cruz 49 - Centro
Uba – MG
CEP: 36500-000
E-MAIL: leovashorta_@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A fibrose retroperitoneal (FR), é uma patologia incomum, reconhecida como entidade clínica primeiramente por Ormond et al. em 1948; que como o nome indica, é caracterizada por um processo inflamatório agudo ou crônico atingindo o retroperitônio, com uma prevalência em torno de 1/200 000 na população geral e incidência, segundo alguns autores, podendo variar em torno de 0,5 a 1,38/100. 000..Pode ser primária ou idiopática de etiologia auto imune ou secundária a tumores,doenças inflamatórias,medicamentos e exposição a asbestos,entre outras causas..

OBJETIVOS

Comparar retrospectivamente a maioria das séries já publicadas de ureterólise vídeo-laparoscópica, quanto à

morbidade no intra e no pós-operatório, visando demonstrar a segurança e reprodutividade desta técnica no tratamento da fibrose retro-peritoneal primária ou idiopática e secundária.

MÉTODOS

Revisão sistemática comparando os resultados, de 1992 até 2010, de diversos estudos, quanto a patologia de base (fibrose retroperitoneal primária ou secundária), tempo cirúrgico, período de hospitalização, tempo de convalescência, tempo de permanência do cateter ureteral, complicações pós-operatórias, período de hospitalização, período de convalescência, seguimento tardio e recuperação funcional nestes seguimentos tardios. Existem mais de 500 publicações sobre FR na literatura sem, contudo, conseguir chegar a um consenso sobre qual a melhor propedêutica e melhor forma de diagnóstico.

Foram utilizadas bases de dados Medline, Embase, Cochrane e Lilacs com uso das palavras-chaves: Ureterólise vídeo-laparoscópica, fibrose retroperitoneal, doença de Ormond, ureterólise.

Foram incluídos casos de doença primária e secundária (muitas vezes o diagnóstico é realizado por biópsias no intra-operatório), relatos de casos (porque a fibrose retroperitoneal é uma patologia rara, com pouca casuística e com número reduzido de pacientes), desde 1992, quando Kavoussi et al, publicaram o primeiro relato de ureterólise por via vídeo laparoscópica.

Grande parte dos pacientes com quadro de fibrose retroperitoneal evolui para tratamento cirúrgico. É uma das patologias benignas mais comuns que levam a obstrução extrínseca do ureter. A ureterólise é efetiva em 90% dos casos na resolução da obstrução ureteral, naqueles pacientes em que a obstrução ureteral não comprometeu de maneira significativa os rins. Além da ureterólise com intraperitonealização ou uso de retalho de omento, interposição de alças, Retalho de Psoas-Hitch, pieloplastia desmembrada e auto transplante têm sido usados no tratamento da FR.

Kerr et al. tiveram 56% de complicações, incluindo um óbito, perda de dois rins e lesões arterial, sendo que a cirurgia de ureterólise aberta com intraperitonealização ou omentoplastia tem índices de recorrência em estudo multoinstitucional retrospectivo, quando usada isoladamente, porém com uso neo adjuvante de corticoterapia ou terapia imune, estes índices chegam a 10%.

Recentemente com o desenvolvimento da cirurgia laparoscópica, os índices de mortalidade e morbidade

têm caído, mas, a maioria dos dados ainda é de casos isolados, com poucos estudos retrospectivos controlados. São realizadas de 3 a 6 punções abdominais, de acordo com acometimento uni ou bilateral, e após é dissecado o ureter desde o hilo renal até a junção uretero vesical. O ureter é então intraperitonealizado e um flap de omento, pode ou não ser fixado em torno deste, com sutura, endostiches ou clips metálicos, sendo o duplo J introduzido no pré operatório na maioria das vezes. (Figura 1). Dentre as complicações mais comuns, estão lesão ureteral ou de vasos do retroperitônio, enfisema subcutâneo, pneumotórax e pneumomediastino, dentre outras complicações menores (eritema no local da punção, íleo, entre outros). Hoje a via laparoscópica ou mais recentemente a laparoscópica assistida pelo robô vem ganhando aceitação crescente. Os resultados acima expostos foram comparados e a média entre os 16 autores foi calculada visando-se obter uma padronização da técnica laparoscópica, bem como dos resultados pós-operatórios, pois devido à baixa casuística da patologia, a maior parte dos estudos são relato de casos (NE 4,5 ;GR=D, E), com poucos estudos comparativos (NE=3, GR=C).

O número total de pacientes nas séries acima foi de 83 pacientes, o tempo médio da cirurgia de ureterólise laparoscópica, somando-se todos os pacientes, considerando tantos os casos unilaterais e bilaterais, foi de 5,8 horas em média. Dos 16 autores, 07 tiveram complicações pós operatórias, sendo as mais comuns lesão ureteral e de vasos ilíacos, em geral a veia, com conversão para cirurgia aberta. O tempo médio de hospitalização foi de 3,1 dias, com tempo médio de retirada do cateter duplo-J de 3,6 semanas. O período médio de acompanhamento dos pacientes entre todos os autores foi de 24,5 meses, com uma taxa de cura de 86,8% (Tabela 1).

TABELA 1.

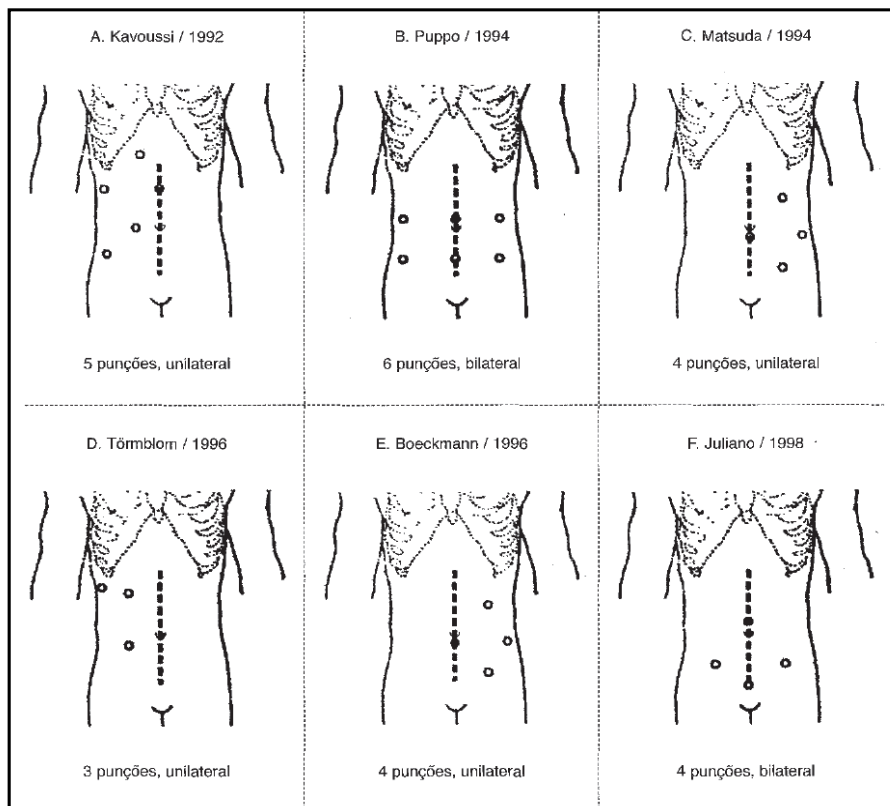
Comparativo nas causas, tipo de tratamento e seguimento na avulsão de ureter em diferentes trabalhos

Estudo	Numero de Pacientes	Tempo cirúrgico médio (horas)	Complicações	Tempo hospitalização (dias)	Tempo de permanência do cateter ureteral (semanas)	Tempo de seguimento	Recuperação funcional
						pós-operatório (meses)	(% pacientes sem obstrução)
Kavoussi et al. ²⁷	1 (unilateral)	5,5	-	6	2	8	100
Puppo et al. ²⁵⁸	1 (bilateral)	9	-	2	4	6	100
Matsuda et al. ²⁹	2 (unilateral)	6,4	lesão ureteral	5,5 (méd.)	6	2,5	50
Boeckmann et al. ³⁰	1 (bilateral)	2 tempos	pneumomediastino	3	3	7	100
Mattealaer et al. ³¹	2 (bilaterais)	4,5 (unilaterais)	-	3	3	32	80
	3 (unilateral)	6,0 (bilaterais)					
Elashry et al. ³²	6 (unilaterais)	4,25	-	2,8	2	16	100
Juliano et al. ³³	1 (unilateral)	-	-	3,2	4	25,8	86,7
Castilho et al. ³⁴	2 (bilaterais)	3,55	lesão ureteral	3	3	18	100
Demirci et al. ³⁵	1 (unilateral)	3,1	-	4	4	10	100
Fugita et al. ³⁶	6 (unilaterais)	6,35 (bilaterais)	15% fibrose extensa	4	3 a 4	30	92
	7 (bilaterais)	3,2 (unilaterais)	lesão veia ilíaca, c/conversão				
Santos et al. ³⁷	1 (unilateral)	Não informa	-	2	2	18	100
Okumura et al. ³⁸	1 (unilateral)	6	30% conversão, fibrose extensa	-	6	12	100
	2 (bilaterais)						
Perez et al. ³⁹	1 (unilateral)	-	-	3	-	-	100
Srinivasan et al. ⁴⁰	19 (unilaterais)	5,06	17,6% conversão, lesão veia ilíaca	3	-	120	94
	15 (bilaterais)						
Stiefelman et al. ⁴¹	1 (unilateral)	1,8 (unilateral)	lesão/reimplante ureteral c/conversão	3,2	4	25,8	86,7
	4 (bilaterais)	8,4 (bilaterais)					
Simone et al. ⁴²	4 (bilaterais)	1,1 (unilaterais)	-	3,3	4	37,5	100
	2 (unilaterais)	3,2 (bilaterais)					
TOTAL	83	5,8 (média)	14 / 83 ptes=16%	3,1	3,6	24,5 (média)	86,8% (média)

Fonte: Arquivo pessoal

FIGURA 1

EVOLUÇÃO DAS PUNÇÕES PARA URETERÓLISE LAPAROSCÓPICA.



Fonte: Juliano et al. *Arq Med Fundação ABC*. 1999;22:10-2.

DISCUSSÃO

Kavoussi et al. concluíram que, devido à dificuldade na identificação do ureter era necessário um laparoscopista experiente. Puppo et al. realizaram a primeira ureterólise bilateral, acompanhada de confecção de retalho de omento, como realizada na técnica aberta, diferentemente de Kavoussi et al. que não confeccionaram o retalho de omento. A

maior dificuldade técnica foi à falta de tato, que dificultou a identificação dos ureteres, devido à fibrose do tecido ao seu redor. Já Boeckmann et al. não observou diferença na recuperação funcional tanto no lado tratado por retalho omental, quanto no lado tratado por intraperitonealização. Ainda em 1996, Elashry et al. realizaram o primeiro estudo comparativo (NE=3, GR=C), comparando ureterólises laparoscópicas com casos similares de séries de

cirurgias abertas.. O tempo operatório foi similar em ambos os grupos, porém o período de hospitalização foi maior no grupo submetido à cirurgia aberta (2,8 x 10,5 dias). Alguns pacientes deste grupo tiveram também complicações pós-operatórias, como, íleo prolongado, celulite em ferida cirúrgica, com 57% de taxa de complicações. O retorno às atividades usuais ocorreu em 07 semanas e a taxa global de recuperação funcional dos rins, com acompanhamento após 68 meses, foi similar ao grupo anterior. Os autores concluíram que a abordagem laparoscópica é muito superior em relação às taxas de morbidade e mortalidade em relação à aberta, porém maior casuística é necessária, e fatores como a etiologia da fibrose influem no resultado funcional, bem como a função renal pré-operatória. Os autores não encontraram benefícios com o uso de retalho de omento em relação à intraperitonealização somente. Juliano et al. propôs pela 1ª vez a punção em pelve, o que facilitaria a dissecação ureteral e sutura do peritônio bilateralmente. A intraperitonealização associada ou não a omentoplastia é superior em índices de recorrência quando comparadas com ureterólise isolada. Demirci et al. , apresentou uma inovação ao posicionar o ureter acima do cólon e fixação do mesmo e seu mesentério na parede abdominal com stapler, sendo a técnica factível como a cirurgia aberta. Infere ainda, a necessidade de estudos comparativos controlados prospectivos Em 2002, após sua série de 18 casos, Fugita et al. chegaram à conclusão de que apesar de não ser isenta de complicações, a abordagem laparoscópica parece ser uma melhor alternativa que a via aberta, necessitando estudos controlados prospectivos comparativos com maiores séries.. Srinivasan et al. em 2008 apresentou a maior casuística até então publicada de FR com 70 casos e acompanhamento de 10 anos, com comparação retrospectiva. Os grupos entre ambos os procedimen-

tos foram equiparados quanto à técnica cirúrgica, patologia e cirurgias (2) Os autores relatam maior facilidade de visualização e identificação das estruturas na via laparoscópica, menor sangramento, uso de analgésicos e menor hospitalização neste grupo. Dentre os pacientes submetidos à laparoscopia, 56% foram submetidos à intraperitonealização e 41% submetidos ao uso de retalho de omento maior, sem diferenças na recuperação funcional em ambos os grupos, demonstrando ainda a segurança na realização destes procedimentos por laparoscopia. Stifelman et al. publicaram o primeiro estudo comparativo entre a técnica robótica e a laparoscópica tradicional, mostrando a tendência atual da evolução da laparoscopia com o uso do robô e com as vantagens inerentes ao seu uso, como melhor visualização e melhor destreza de movimentos, levando a um menor tempo cirúrgico em consequência. A ureterólise robótica mostrou um pouco menos de complicações pós-operatórias e uma melhor recuperação funcional que a laparoscopia convencional. Seus resultados eram similares de outras séries de ureterólise laparoscópica, demonstrando a reprodutibilidade da técnica.. O ultrassom foi útil na identificação do ureter, permitindo uma dissecação mais precisa do mesmo. O segmento nos casos de ureterólise robótica foi curto, o que foi um viés deste estudo. Apesar de ser um procedimento complexo, a ureterólise robótica é factível com resultados intra e pós-cirúrgicos similares à técnica laparoscópica tradicional e à cirurgia aberta. Simone et al. conclui que o uso de ligasure e bisturi hamônico na dissecação ureteral, facilitaram e diminuiu o tempo operatório. A técnica é reproduzível, como na cirurgia aberta, com menores taxas de complicações pós-operatórias, menor tempo de recuperação, porém estudos mais bem desenhados são necessários.

CONCLUSÃO

A análise dos dados acima expostos no mostra que a ureterólise laparoscópica é factível e tem resultados funcionais pós operatórios similares à técnica aberta, com menor morbidade, menor período de hospitalização, menor uso de analgésicos no pós operatório, menor sangramento e melhor cosmética. Os autores ainda conseguiram demonstrar que tanto a ureterólise com intraperitonealização ureteral, quanto com o uso de retalho de omento são reprodutíveis pela via laparoscópica. Desde o 1º relato de ureterólise realizado em 1992 por Kavoussi et al. , as técnicas de cirurgias reconstrutoras urológicas vem evoluindo continuamente, com a utilização de um número cada vez menor de portais de acesso (Figura 3), bem como na redução do tempo cirúrgico. Puppo et al. levou 09 horas na confecção de retalho de omento, tempo este que foi diminuindo ao longo do tempo com Matteallaer et al. , Srinivasan et al. , Stiefelman et al. e Simone et al. (Tabela 1). Parece que existe ainda uma tendência em se tentar antes o tratamento clínico com uso de nefrostomia ou cateteres ureterais, ficando a ureterólise reservada aos casos refratários, porém, há autores que defendem o uso da laparoscopia como 1ª escolha no tratamento da FR.. Com o aparecimento do uso do robô em cirurgias laparoscópicas, este também se mostrou útil e com bons resultados funcionais, similares à técnica laparoscópica. É consenso entre os autores acima que a FR é uma patologia rara com casuística limitada, dificultando enormemente a realização de estudos prospectivos controlados. Talvez a solução resida na realização de estudos multicêntricos, aumentando assim a casuística.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Albarran J. Retenion renale par peri-ureterite: liberation esterne de l' uretere. Prog Urol. 1905;9:511-4.
- 2 Ormond JK. Bilateral ureteral obstruction due to envelopment and compression by an inflammatory retroperitoneal process. J Urol. 1948; 59:1072-9.
- 3 Lepor H, Walsh PC. Idiopathic retroperitoneal fibrosis. J Urol. 1979;122:1-6.
- 4 Kavoussi LR, Clayman RV, Brunt M, Soper NJ. Laparoscopic ureterolysis. J Urol. 1992;147:426-9.
- 5 Puppo P, Carmigani G, Riocciotti G, Perachino M. Bilateral Laparoscopic ureterolysis. Eur Urol. 1994;25:82-4.
- 6 Matsuda T, Arai Y, Muguruma K, Uchida J, Shichiri Y, Komatz Y. Laparoscopic ureterolysis for idiopathic retroperitoneal fibrosis. Eur Urol. 1994;26:286-90.
- 7 Boeckmann W, Wolff JM, Adam G, Effert P, Jakse G. Laparoscopia bilateral ureterolysis in Ormond's disease. Urol Int. 1996; 56:133-6.
- 8 Fugita OE, Jarrett TW, Kavoussi P, Kavoussi LR. Laparoscopic treatment of retroperitoneal fibrosis. J Endourol. 2002; 16:571-4.
- 9 Srinivasan AK, Richstone L, Permpongkosol S, Kavoussi LR. Comparison of laparoscopic with open approach for ureterolysis. J Urol. 2008;179:1875-8.
- 10 Stiefelman MD, Shah O, Mufaffij P, Lipkin M. Minimally invasive management of retroperitoneal fibrosis. Urology. 2008;71:201-4.
- 11 Simone G, Leonardo C, Papalia R, Guaglianone S, Gallucci M. Laparoscopic ureterolysis and omental wrapping. Urology. 2008;72:853-8.