

Tratamento do Trauma de Uretra Posterior pela Técnica ASTRA

Daniel Carvalho Ribeiro, Heleno Augusto Moreira da Silva, José Scheinkman, Pedro Fernandes Lessa*, Samy Chitayat.

Serviço de Urologia - Hospital Universitário Antônio Pedro - Niterói, RJ.
Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ.

Correspondência*: Rua Milguel de Frias, 160
Apartamento 709 - Icaraí
CEP: 24220-003
Niterói, RJ
E-mail: pfeleh@gmail.com

INTRODUÇÃO

As lesões traumáticas de uretra são raras, ocorrendo em 4% dos traumas genito-urinários, associadas frequentemente a fraturas pélvicas devido a acidentes automobilísticos^[1,2]. Tal lesão pode ser dividida anatomicamente em anterior ou posterior^[2]. A uretra anterior consiste na uretra bulbar e peniana, além da fossa navicular. A posterior é formada pela uretra prostática e membranosa. Devido ao seu comprimento mais longo, as lesões na uretra são cinco vezes mais comuns em homens do que em mulheres^[1,2]. Também podem ser avulsões completas, em 65% dos casos, ou avulsões incompletas, nos outros 35%^[1]. Apesar de sua raridade lesões uretrais podem levar a uma morbidade substancial, como estenose recorrente, incontinência, impotência e infertilidade^[2].

O tratamento do trauma uretral varia dependendo da sua localização e do mecanismo de lesão^[3]. Uma cistostomia com posterior uretroplastia é o tratamento padrão de ouro adotado^[1,3]. Na maioria dos casos, a abordagem da uretra posterior para a uretroplastia é através do acesso perineal^[4]. No entanto, em alguns casos em que temos uma ruptura completa da uretra, com um deslocamento mais cefálico da próstata ou estenose recorrente, a abordagem transanorretal sagital anterior (ASTRA) figura como uma alternativa promissora^[4]. Esta técnica cirúrgica derivou da anoretoplastia

sagital posterior introduzida por deVries e Peña em 1982^[7] e foi originalmente criada para o manejo de malformações de seios urogenitais altas e intermediárias^[4,5,6,7]. Também pode ser usado em uma ampla gama de problemas, como o reparo de fístula retouretral secundária a prostatectomia radical^[5], malformações anorretais e muitas outras anomalias do períneo anterior em ambos os sexos^[4].

Este trabalho pretende mostrar nossa experiência usando uma abordagem transanorretal sagital anterior (ASTRA) no tratamento de um homem de 43 anos com estenose uretral devido a uma fratura pélvica em livro aberto.

RELATO DE CASO

Homem de 43 anos apresentou ruptura da uretra posterior após um acidente de carro em 2014, no qual sofreu uma fratura pélvica em livro aberto associado a um trauma abdominal fechado, sendo submetido à esplenectomia. Este trauma uretral foi administrado com a colocação de um cateter suprapúbico para se submeter a reconstrução uretral tardia. O paciente foi admitido em 2016 no Hospital Universitário Antonio Pedro, ainda com a cistostomia, para a correção da ruptura de uretra posterior através da técnica ASTRA.

Técnica cirúrgica: consiste na preparação mecânica do intestino no dia anterior à cirurgia com enema, associada a terapia antibiótica com cobertura anaeróbica e gram negativa. Para se acessar a uretra posterior, o paciente é colocado em uma posição de jackknife (Figura 1). Uma incisão perineal é feita, estendendo-se do escroto ao limite anal. Os esfínteres externos e internos são divididos e a incisão é aprofundada através de todas as estruturas até a parede retal anterior ser aberta. A uretra bulbar é identificada e dissecada até que o tecido uretral saudável seja identificado. A dissecação é prolongada até que a próstata e a uretra prostática acima da estenose sejam identificadas. A área de estenose é excisada (Figura 2), seguida da anastomose termino-terminal

(Figura 3) e reconstrução dos músculos pélvicos. Ao final do procedimento, um cateter de Foley foi deixado no local para a cicatrização uretral.

FIGURA 1

Paciente em posição de Jackknife



Fonte: Arquivo Pessoal.

A cirurgia não teve mais complicações e após 5 dias ele recebeu alta. Após 2 semanas, o cateter foi removido e uma uretrografia foi realizada 8 semanas após o procedimento, mostrando uretra de calibre satisfatório (Figura 4 e 5).

Dois anos após o procedimento, o paciente apresenta-se com continência urinária preservada, ereção de grau III e sem sinal de obstrução do fluxo urinário.

FIGURA 2

Excisão da área de estenose.

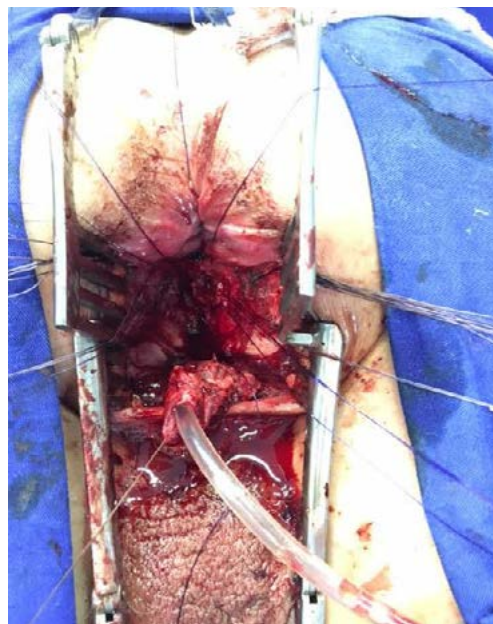


FIGURA 3

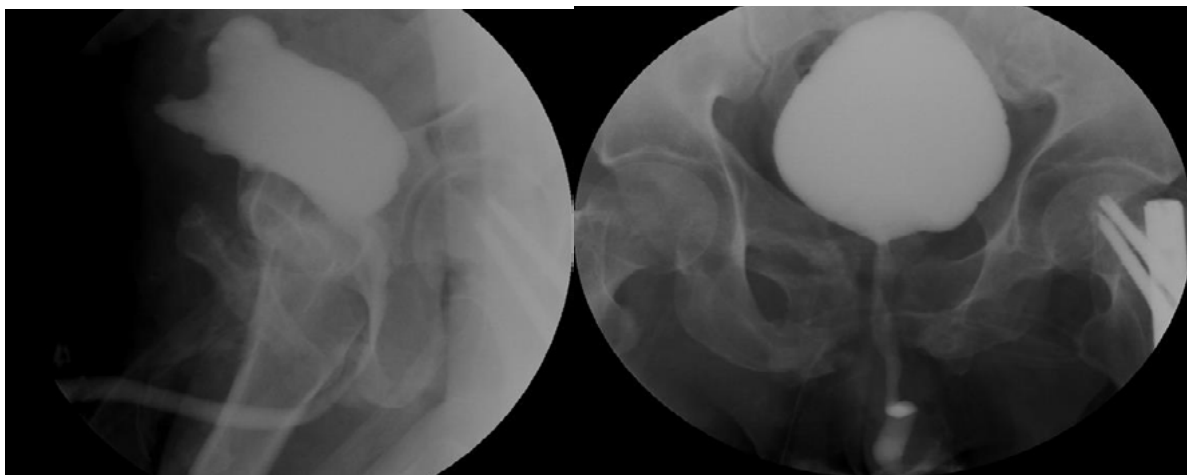
Aspecto final da anastomose.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 3 E 4

Uretrocistografia pós sem sinais de obstrução uretral



DISCUSSÃO

As rupturas uretrais posteriores são uma das lesões mais desafiadoras para se tratar cirurgicamente. Elas são frequentemente relacionados a fraturas pélvicas e mais comumente causados por acidentes automobilísticos^[1]. A cistostomia suprapúbica para permitir a cicatrização da lesão e posterior reconstrução permanece como a abordagem escolhida nesses casos^[1,2,3]. Vários autores mostram que, para uma uretroplastia bem sucedida, três pontos devem ser levados em consideração: excisão completa de tecidos cicatriciais, boa fixação das extremidades uretrais saudáveis e uma anastomose sem tensão^[3,4,8,9]. É importante enfatizar que a ressecção incompleta do tecido cicatricial levará a estenose recorrente, exigindo procedimentos adicionais, aumentando a morbidade^[4,8]. Além disso, assegurar a fixação das extremidades uretrais saudáveis figura como outro passo fundamental da cirurgia^[8,9]. E por último, mas não menos importante, uma anastomose sem tensão deve ser garantida, a fim de uma uretroplastia bem sucedida^[8,9].

A técnica ASTRA para reparos uretrais posteriores ganhou importância ao longo dos anos. Originalmente desenvolvida para o tratamento de malformação dos seios urogenitais^[4,5,6,7], a ASTRA fornece ao cirurgião uma exposição total do sistema genitourinário inferior^[4,6,10].

Esta técnica provou ser útil no tratamento da fístula retouretral secundária a prostatectomia radical^[5], malformações anorretais, lesões uretrais posteriores e muitas outras anomalias do períneo anterior em ambos os sexos^[4].

A abordagem transretal sagital anterior é uma modificação da abordagem sagital posterior. A diferença entre as duas é o posicionamento do paciente e o fato de não seccionarmos a parede retal posterior^[6,10]. Ao seccionar apenas a parede retal anterior, com uma preparação colônica adequada, eliminamos a necessidade de uma colostomia protetora, presente na abordagem posterior. Na técnica ASTRA ficamos estritamente na linha média, salvando o elevador do ânus, parte posterior do complexo muscular e esfíncter externo, evitando lesões neurológicas e esfíncterianas^[6,10].

Esta abordagem permite uma ampla mobilização da uretra bulbar para anastomose sem tensão, um dos principais pontos para o sucesso da cirurgia, com o benefício de apenas necessitar de um procedimento em estágio único^[4,10]. Além disso, a abertura da parede retal anterior pode ser alargada conforme o necessário para identificar a uretra prostática sem qualquer dano adicional ao paciente^[4,7].

Conforme demonstrado em nosso caso, a técnica ASTRA provou ser segura e eficaz no tratamento da distração posterior da uretra devido a fraturas pélvicas. Permitido uma ampla exposição da lesão, o cirurgião é capaz de realizar um procedimento mais seguro, diminuindo o risco de complicações, como incontinência fecal, fístula retouretral e permanecendo na linha média, evita danos neurológicos, essenciais para função erétil e vesical normais.

REFERÊNCIAS

1. Zaid UB, Bayne DB, Harris CR, et al: Penetrating Trauma to the Ureter, Bladder, and Urethra. *Curr Trauma Rep* (2015) 1:119–124
2. Nicola R, Menias CO, Mellnick V, et al: Sports-related genitourinary trauma in the male athlete. *Emerg Radiol* (2014)
3. Zinman LN, Vanni AJ: Surgical Management of Urologic Trauma and Iatrogenic Injuries. *Surg Clin N Am* 96 (2016) 425–439
4. Onofre LS, et al: Pelvic fracture urethral distraction defects in children managed by anterior sagittal trans anorectal approach: A facilitating and safe access. *Journal of Pediatric Urology* (2011) 7, 349-355
5. Castillo OA, et al: Anterior transanal, transsphincteric sagittal approach for fistula repair secondary to laparoscopic radical prostatectomy: a simple and effective technique. *Surgical Techniques in Urology* (2006) 198-201 lamS, Levitt MA, Sheldon CA, Peña A:
6. The Posterior Sagittal Approach for Recurrent Genitourinary Pathology. *THE JOURNAL OF UROLOGY* (2007) Vol. 178, 1668-1671
7. Mauermann J, et al: The anterior sagittal transrectal approach for traumatic urethrovaginal fistula closure. *The Journal of Urology* (2004) Vol. 171, 1650–1651
8. Koraitim MM: On the art of anastomotic posterior urethroplasty: a 27-year experience. *The Journal of Urology* (2005) Vol. 173, 135–139
9. Koraitim MM: The lessons of 145 posttraumatic posterior urethral strictures treated in 17 years. *The Journal of Urology* (1995) Vol. 153, 63- 66
10. Rossi F, De Castro R and Ceccarelli P: Anterior sagittal transanorectal approach to the posterior urethra in the pediatric age group. *J Urol* 1998; 160: 1173