

# Lesão Ureteral Iatrogênica Durante Heniorrafia Inguinal

**Ricardo Antônio de Pádua Gandra, Gabriel Henrique de Oliveira Andrade, Natália Vieira Saint-Clair Mafra, Luís Filipe Carvalho Silva, Letícia Taff Carvalho Silva, Rogério Saint-Clair Pimentel Mafra**

Hospital Santa Casa de Belo Horizonte  
Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte

**Correspondência\*:** Serviço de Urologia da Santa Casa de Belo Horizonte  
Serviço de Urologia – 9º andar ala A  
Avenida Francisco Sales, 1111  
Santa Efigênia - Belo Horizonte, MG  
CEP: 30150-220  
Fone: (31) 32388752  
E-mail: rogerioscm@yahoo.com.br / ricardopadua@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

Lesão ureteral traumática é rara e frequentemente ocorre no intraoperatório, mais como lesões iatrogênicas (80%) do que lesões externas (20%), e; representam menos de 1% das lesões geniturinárias traumáticas por causas externas. Lesões ureterais iatrogênicas podem ocorrer após diversos procedimentos cirúrgicos, como histerectomia (54%), cirurgia colorretal (14%), cirurgia pélvica de ovário e bexiga (8%), cirurgias vasculares abdominais (6%) e nas ureteroscopias (2%)<sup>1</sup>. A lesão ureteral durante a herniorrafia é rara<sup>2</sup> e com muitos poucos casos relatados na literatura.

## RELATO DE CASO

Trata-se de paciente com 59 anos, sexo masculino, internado em maio de 2017 no serviço de nefrologia do Hospital Santa Casa de Belo Horizonte, transferido de cidade do interior do estado via central de leitos, devido quadro de insuficiência renal crônica agudizada. Relato de ter sido submetido a herniorrafia inguinal a direita em julho de 2016 por inguinotomia, sendo convertida a incisão suprapúbica,

porém sem maiores informações do ato cirúrgico.

História de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e doença renal crônica de provável origem diabética estágio IIIb em março de 2016. Ultrassom (US) de vias urinárias de outubro de 2016 evidenciando coleção anecóica lobulada contendo septações com aproximadamente 672ml de volume, em região póstero-lateral direita da bexiga, ocasionando ectasia do terço distal do ureter direito até o sistema pielocalicinal e tomografia computadorizada (TC) de fevereiro de 2016 com imagem hipodensa, septada, na região pélvica direita podendo corresponder a porção distal do ureter, tortuosa e bastante dilatada condicionando hidroureteronefrose ipsilateral.

Solicitado novos exames laboratoriais na internação, que mostraram piora da função renal com doença renal crônica em estágio IV por provável fator obstrutivo, e novo US de vias urinárias mantendo coleção pélvica e hidronefrose acentuada a direita.

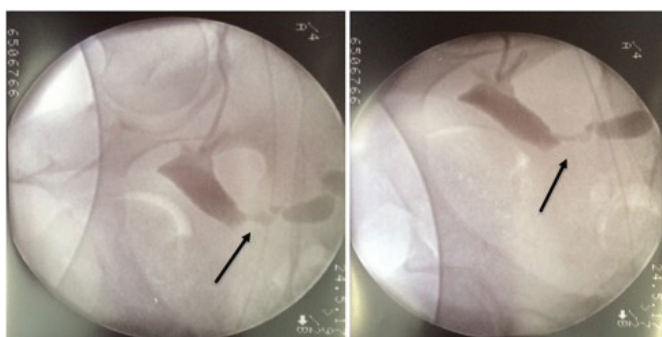
Paciente, então, avaliado pela equipe de urologia que, após

discussão clínica, foi sugerido a realização de nefrostomia eco dirigida pela equipe de radiologia, para desobstrução do trato urinário e realização de pielografia anterógrada para melhor decisão terapêutica. Realizado pielografia anterógrada guiada por US com contraste iodado e posteriormente realizado TC, no qual a imagem sugerida foi do ureter direito muito dilatado e enovelado em seu terço médio/distal. Optado pelo radiologista de realizar ureterostomia eco dirigida. Mantivemos paciente internado por mais 14 dias para controle clínico e preparo para realização de reimplante ureteral. Ele assinou o termo de consentimento para o tratamento cirúrgico.

Antes do procedimento, no bloco cirúrgico, realizamos ureterografia guiada por radioscopia [Figura 1], mantendo ureter dilatado, porém menor calibre que antes da ureterostomia. Retirado cateter. Submetido a laparotomia infraumbilical sob raqui anestesia com achado de ureter direito muito dilatado e afilamento abrupto em região distal próximo a bexiga. Optamos por ressecar a parte estenosada do ureter e realizar reimplante ureteral pela técnica de Politano. Após abertura da bexiga, encontramos fio cirúrgico (Polipropileno) no interior dessa, ocluindo completamente o óstio ureteral direito, sendo removido. Realizado o reimplante ureteral e instalação de cateter duplo J. Paciente manteve internado por mais 3 dias, com melhora relativa da função renal, recebendo alta em boas condições. Cateter duplo J retirado após 4 semanas. Controle ultrassonográfico, após retirada do cateter, sem evidência de hidronefrose à direita. Mantivemos paciente em acompanhamento urológico ambulatorial.

**FIGURA 1**

Ureterografia anterógrada realizada em ureterostomia guiada por radioscopia evidenciando ureter dilatado até terço distal onde há afilamento



Fonte: Arquivo Pessoal.

## DISCUSSÃO

Hérnias inguinais e femorais são, em conjunto, a terceira causa de visitas ambulatoriais para queixas gastrointestinais desde 2004. A prevalência é estimada entre 5 a 10% nos Estados Unidos. A hérnia inguinal é a mais comum dentre as hérnias da parede abdominal; sendo também o tipo de hérnia mais comum de forma geral.<sup>3</sup>

O reparo da hérnia inguinal consiste na cirurgia mais comum, registrando acima de 20 milhões de casos realizados por todo o mundo ao ano.<sup>4</sup>

As complicações urológicas mais prevalentes da herniorrafia inguinal com uso de tela descritas na literatura incluem a retenção urinária, a lesão de bexiga, a dor neuropática e as complicações testiculares, estas divididas entre: orquite isquêmica e atrofia testicular. Outras complicações mais raras são a dor ejaculatória, azoospermia e hidrocele.<sup>5</sup>

A lesão ureteral após correção de hérnia na virilha é extremamente rara. Intra-operatoriamente o ureter pode ser lesionado ao ligá-lo com sutura, por incisão ou secção completa, avulsão, devascularização ou devido a dano térmico com cautério.<sup>6</sup> Portanto, o cirurgião deve conhecer bem a anatomia da região inguinal e atentar-se que a hérnia inguinal pode conter o trato urinário inferior, especialmente se o paciente se apresentar com sintomas urinários obstrutivos. A avaliação radiológica pré operatória é aconselhada em tais casos para evitar lesões no ureter e / ou na bexiga.<sup>7</sup>

## CONCLUSÃO

A lesão ureteral iatrogênica durante herniorrafia inguinal é muito rara, porém pode ocorrer, levando a complicações graves como infecções, obstruções urinárias e até lesão renal irreversível, portanto o cirurgião deve suspeitar precocemente para melhor terapêutica a fim de minimizar essas complicações.

## REFERÊNCIAS

1. Nardoza Júnior A, Zerati Filho M, Reis RB. Urologia fundamental. 1 ed. São Paulo: Planmark Editora Ltda, 2010; 1: 300 – 301.
2. Sharma RK, Murari K, Kumar V, and Jain VK. Inguino-scrotal extra-peritoneal herniation of a ureter. Can. J. Surg, 2009; 52: E29 – E30.
3. Brooks DC, Hawn M. Classification, clinical features and diagnosis of inguinal and femoral hernias in adults. Uptodate. Jul.2015. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/classification-clinical-features-and-diagnosis-of-inguinal-and-femoral-hernias-in-adults>.
4. Bay-Nielsen M, Kehlet H, Strand L et al. Quality assessment of 26,304 herniorrhaphies in Denmark: a prospective nationwide study. Lancet 2001; 358:1124.
5. Flávio VN et al. Complicações urológicas da heniorrhafia inguinal com uso de tela. Revista Urominas, 2016; 2318-0021: 28-33.
6. Lyncha TH, Martinez-Pineiro L. EAU Guidelines on Urological Trauma. European Urology, 2005; 47: 1–15.
7. Eziyi AK et al. Case Report -Herniorrhaphy: an unusual cause of ureteral injury in Nigeria. John Wiley & Sons Ltd, 2014; 247-249.