

JORNAL BRASILEIRO
DE
UROLOGIA

ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA

Fundador e Redator-Chefe – Alberto Gentile

Editor – Bernardo M. de Almeida

Conselho Editorial: Haward Kano, Lino Lima Lenz, Marcelo Costa Lima, Marcelo Neffá.

SUMÁRIO

EDITORIAL - CONCEITUAÇÃO DA UROLOGIA COMO ESPECIALIDADE

FLAGRANTES HISTÓRICOS DA SBU

FÍSTULA RENOCÓLICA

EL TRATAMIENTO MÉDICO DE LITIASIS URINÁRIA

TUMOR RENAL - EMBOLIZAÇÃO DA ARTÉRIA RENAL

CIORETO DE SÓDIO E REUSO DO 'COIL' EM HEMODIÁLISE.

MODIFICAÇÃO TÉCNICA NA COLOCAÇÃO DE "SHUNT" DE SCRIBNER QUINTON

VÁLVULA CONGÊNITA DE URETER

UTILIZAÇÃO POUCO COMUM DA ALÇA INTESTINAL EM CIRURGIA UROLÓGICA: URETERO - ILEOPLASTIA, ILEOCISTOPLASTIA E PIELOCOLOSTOMIA CUTÂNEA

TRANSURETERO - URETEROSTOMIA

REFLUXO VÉSICO - URETERAL: PLÁSTICA ANTI - REFLUXO PELA TÉCNICA GLENN

APRESENTAÇÃO DE UM CASO DE ESQUISTOSSOMOSE VESICAL HEMATÓBICA

TRIGONIZAÇÃO DO COLO VESICAL NA PROSTATECTOMIA RETROPÚBICA DE MILLIN MODIFICADA

EMBOLOGIA SELETIVA DAS ARTÉRIAS HIPOGÁSTRICAS NO CONTROLE DA HEMORRAGIA MACIÇA PÓS

ENURESE: ESTUDO DA ENURESE EM ÓRFÃOS

CIRURGIA ENDOSCÓPICA NOS POLIPOS CONGÊNITOS DA URETRA POSTERIOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DOENÇA DE PEYRONIE COM ENXERTO DÉRMICO

ESQUISTOSSOMOSE MANSÔNICA DE CORDÃO ESPERMÁTICO

AUTOCATETERISMO VESICAL INTERMITENTE. UMA OPÇÃO PARA AS DISFUNÇÕES VESICAIS

VASECTOMIA PRÉVIA NAS CIRURGIAS PROSTÁTICAS: SIM OU NÃO?

JORNAL BRASILEIRO DE UROLOGIA
ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA

DIRETORIA

Presidente:	2º Secretário:
Sérgio D'Avila Aguinaga	Aparecido Nazar
Presidente eleito:	3º Secretário:
João Atila Rocha	Roger Guimarães Levinsh
1º Vice-Presidente:	1º Tesoureiro:
José Oswaldo Soares	Mário dos Santos D'Anunção
2º Vice-Presidente:	2º Tesoureiro:
Adroaldo Rodrigues Neiva	José Cláudio Machado Ramalho de Azevedo
Secretário Geral:	3º Tesoureiro:
Aday Coutinho	Irineu Rubinstein
1º Secretário:	Bibliotecário:
Rubem de Andrade Arruda	Washington Quirino
	Redator-Chefe do "Jornal Brasileiro de Urologia":
	Alberto Gentile

Editor do JBU:
Bernardo M. de Almeida

Conselho Editorial:
Howard Kano, Lino Lima Lenz, Marcelo Costa Lima, Marcelo Neffá.

Comissão de Seleção e Título de Especialista:
Presidente: José dos Santos Perfeito.
Alfredo Duarte Cabral, Aparício Silva Assis, Fernando Vieira,
Mário Roberto Garcia Marques.

Comissão de Credenciamento de Serviços e Residência:
Presidente: Oscar R. Perringotti.
Antonio Carlos da Costa Cavalcanti, José Caetano Neves, Waldir Prudente
de Toledo, Wilton Adriano da Silva.

Comissão de Ética e Defesa Profissional:
Presidente: João Cabral Neto.
Amaury de Siqueira Medeiros, Jacintho Londres Gonçalves de Medeiros.
Lourival de Barros Barbalho, Romulo Maroclo.

Conselho de Economia:
Presidente: Thirso dos Santos Monteiro.
Alberto Gentile, Carlos Cardoso Rudge, Darcy Villela Itiberê, Roberto
Rocha Brito.

Secretária da SBU
Theresa da S. Collaço.

REDAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO

AV. COPACABANA, 1183 — GR. 1104 — TELEFONE — 267-4296
COPACABANA (ZC-37) 20.000 — RIO DE JANEIRO —

AOS COLABORADORES

O "Jornal Brasileiro de Urologia" propõe-se a publicar artigos originais, notas prévias, atualizações e outras notas que representem significativa contribuição ao avanço do conhecimento em todos os campos da Urologia e todas as especialidades relacionadas, de autoria de especialistas ou outras profissões técnicas.

Todo e qualquer material deverá ser enviado à Sociedade Brasileira de Urologia, Av. Copacabana nº 1183 gr. 1104 — ZC. 37 Rio de Janeiro — E. do Rio de Janeiro — 20.000, recebendo o autor um comprovante da entrega do artigo, que será submetido à apreciação do Conselho Editorial, o qual julgará da oportunidade de sua publicação e poderá propor modificações necessárias ao seu enquadramento nas normas da revista.

Os artigos deverão ser datilografados em espaço duplo, com ampla margem e apresentação facilmente compreensível e metódica. As ilustrações deverão ter no verso, escrito a lápis, o nome do autor e o título do trabalho e virem acompanhadas das respectivas legendas. As cópias fotográficas devem ser tiradas em papel brilhante e os desenhos devem ser feitos a tinta preta (nanquim) sobre papel branco.

É obrigatório o envio dum resumo do artigo, vertido para o inglês.

As referências deverão obedecer às normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas, Normalização da documentação no Brasil, 2. Ed., Rio de Janeiro, Inst. de Bibliografia e Documentação, 1964.

Separatas em número de 25 serão fornecidas gratuitamente aos autores quando solicitadas antecipadamente.

O "Jornal Brasileiro de Urologia" é editado trimestralmente, com 4 números que compõem um volume.

O preço da assinatura anual é de Cr\$ 200,00.

Mudança de endereços deve ser comunicada com 60 dias de antecedência.

Para as citações de artigos de periódicos, a referência deve ser assim estabelecida: autor do artigo, sobrenome em letras maiúsculas, seguido do(s) prenome(s) separado(s) do sobrenome por vírgula, ponto; título do periódico em grifo ou negrita, vírgula; local de publicação, vírgula, número do volume em destaque; número do fascículo, entre parênteses; páginas, inicial e final do artigo, precedidas por dois pontos, vírgula; data do volume ou fascículo, ponto. Ex.: KIM, H.C. & D'ITORIO, A. Possible enzymes of monoamine oxidase in rate tissues. *Canad. J. of Biochem.* Ottawa, 46(4): 295-297, abril 1968.

Para as citações de livros, a referência deve ser assim estabelecida: autor, sobrenome em letras maiúsculas, seguido do(s) prenome(s) separado(s) do sobrenome por vírgula, ponto; título da publicação, em grifo ou negrita, ponto; número de edição, ponto; local de publicação, vírgula; editor, vírgula; ano de publicação, ponto, número de páginas ou de volumes (havendo mais de um). Ex.: RACE, R.R. & SANGER, R. *Blood groups in man*. 4 ed. Philadelphia, F. A. Davis Co., 1962. 231 p.

Para as citações de trabalhos publicados em livros, a referência deve ser assim estabelecida: autor da colaboração, sobrenome em letras maiúsculas, seguido do(s) prenome(s) separado(s) do sobrenome por vírgula, ponto; título da colaboração, ponto; editor-autor (diretor, organizador, compilador, etc.), precedido de *In*, título da publicação, em grifo ou negrita, ponto; número de edição, ponto; local de publicação, vírgula; editor, vírgula; data, vírgula; páginas, inicial e final, ou página determinada da colaboração. Ex.: BLATNER, R.J. Measles. *In*: NELSON, E.W. *Textbook of pediatrics*. 2 ed. London, W.B. Saunders, 1964, p. 352.

NÃO SERÃO PUBLICADAS AS BIBLIOGRAFIAS QUE NÃO OBEDECEREM ÀS DISPOSIÇÕES ACIMA

N.B. — J.B.U. reserva-se todos os direitos sobre os artigos nele publicados. Sua reprodução, parcial ou total, deve indicar a fonte de origem.

editorial

CONCEITUAÇÃO DA UROLOGIA COMO ESPECIALIDADE

A rapidez com que o progresso científico atingiu e eliminou etapas nos tem levado a dificuldades, cada dia mais sentidas, de nos mantermos atualizados, tanto em questões de técnica como nos conhecimentos teóricos.

A conseqüência inevitável desse fato é o caminho inexorável para a especialização.

Assim, as especialidades tornaram-se uma "necessidade" absoluta. Negá-las é ignorar fatos evidentes, desde que as mesmas passaram a constituir um fenômeno natural somente comparável à diferenciação das funções em biologia.

A Urologia individualizada importará em que estudantes e jovens médicos venham a conhecer e interessar-se pelo estudo da especialidade. E assim sendo, dentro em pouco este país tornar-se-á pleno de cultores de um dos mais amplos, mais fascinantes e mais modernos ramos da medicina.

Em que outro setor tão freqüentemente encontram-se os extremos de idade e tendo de entremédio uma inteira gama populacional de sexo, cor e aspecto? Em que outra especialidade, rênito, são focalizados (e, quando bem indicados, com êxito) de um lado o objetivo de prolongamento da vida humana por meios artificiais e do outro a tentativa técnica e imunológica de alongá-la por transplantes naturais?

A Urologia muito cresceu nestes últimos 40 anos a que a ela me venho dedicando e somente há pouco deixou de constituir um sonho (e sonho tão acalentado) o estudo da hipertensão renovascular, a substituição de estruturas eferentes urinárias por segmentos (ou em segmentos) intestinais isolados ou o transplante de um rim de cadáver para salvar um quase cadáver sem rins.

Esse crescimento, no entanto, torna-se mais amplo e efetivo e, para mim, mais transcendental em importância, quando reconheço que é através da Disciplina e, por que não dizê-lo, também de bons e bem dotados Serviços de Urologia, que se obtêm novos e competentes especialistas pela formação do estudante (no Internato) e residentes (na pós-graduação), quando adequadamente treinados em todos os setores da especialidade.

Por tal razão, não vejo como culpar-se a especialização como causadora de dificuldades, que se apontam para justificar os óbices que sofre a medicina atual. O que está faltando, por certo, é uma perfeita integração do especialista aos diferentes ramos da medicina. A integração das especialidades representa uma necessidade imprescindível, especialmente porque o estudo da ciência médica já deixou de ser um processo individual para tornar-se o produto de um trabalho de equipe, que atua num contínuo do diagnóstico ao tratamento.

ALBERTO GENTILE

flagrantes históricos da sbu

Na sessão de 7.5.34, o Dr. Belmiro Valverde, na época Chefe do Serviço de Urologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, pronunciou uma conferência sobre a "*Importância clínica das vesiculites crônicas e o valor da lavagem das vesículas seminais no tratamento das mesmas*", focalizando aspectos desse sério "*problema da patologia urinária*". Referiu-se ao tratamento cirúrgico então dominante (especialmente nos EEUU e França), recomendado pelos autores Belfield e Luys (injeção de colargol a 5% por *vasopunctura deferencial*). Afirmou somente utilizar a lavagem das vesículas por *cateterismo dos ejaculadores* em caso de obstrução dos dutos deferentes. Mostrou, para concluir, farto material radiológico (*vesiculografias*, obtidas por via deferencial), revelador de aspectos anatômicos e patológicos desse órgão. Esse trabalho foi elogiosamente comentado pelos Drs. Sylvio Pinheiro Guimarães e Guerreiro de Faria. O que não se disse na ocasião, por ser prematuro o estudo de conclusões, foi que a técnica operatória de Belfield-Luys, então largamente empregada no país, tornou-se responsável por grande número de casos de *esterilidade masculina*, uma vez que a vasopunctura deferencial promovia a obstrução desse conduto, impedindo a livre progressão do espermatozóide.

*

Nessa mesma sessão, é aceito, na qualidade de sócio efetivo da SBU, o Dr. Clóvis Cussy de Almeida, autor de interessante monografia sobre a "*Injeção prostática trans-retal*". Ainda nessa sessão (7.5.34), o Presidente agradeceu a presença no plenário do Dr. Carlos Botelho Júnior, brasileiro que regia uma Cátedra na Universidade de Berlim.

*

Na sessão de 21.5.34, foram admitidos como sócios da SBU os Drs. Volta Baptista Franco e Aguinaldo Xavier.

*

Nessa sessão de 21.5.34, o Prof. Ugo Pinheiro Guimarães, ex-Presidente reeleito da SBU, pediu preferência para a apresentação de dois casos "*pouco frequentes na observação clínica*". No primeiro deles, tratava-se de grande "*tumor lymphogranulomatoso*" localizado na região inguinal esquerda. O outro dizia respeito a processo de "*distúrbio morphologico do aparelho genital externo*". O orador teceu comentários sobre as afecções apresentadas, sendo os conceitos emitidos valorizados pelos Profs. Estelita Lins e Bar-

bosa Vianna e os Drs. Sylvio Pinheiro Guimarães, Volta Baptista Franco e Rolando Monteiro.

*

Ainda na reunião de 21.5.34, o Dr. Rosa Martins, sócio atuante da SBU, leu e teve transcrito em ata, na íntegra, um *memorial* de sua autoria, verberando as disposições adotadas pela Saúde Pública e pela Polícia no sentido de que passassem a ser *fiscalizadas* as receitas médicas que prescrevessem *entorpecentes*. Esse documento, bem redigido e fundamentado, chamava a atenção do plenário para a obrigatoriedade, então exigida, de se "*exarar nas receitas o diagnóstico dos doentes*", o que, no seu entender, "*subalternizava a missão do médico*", além de violar a "*ethica e subverter a concepção do respeito às nossas consciências*", assegurada em todas as legislações do mundo. O referido memorial foi aprovado por unanimidade.

Também nessa mesma sessão (21.5.34), ainda o Dr. Rosa Martins, com a palavra, pronunciou uma conferência sobre "*A urethrographia no diagnóstico dos divertículos prostaticos e seu tratamento pela alta frequência*", documentando-a com numerosas radiografias e pela apresentação de "*diversos aparelhos de que se utilizou no methodo therapeutico empregado*". A seguir, o Dr. Clóvis Cussy de Almeida fez considerações em torno da "*Inflamação das glândulas de Skene*", onde a mesma se apresentava *volumosa*. Estudou o tratamento adotado no caso, terminando por fazer um esboço detalhado dessa lesão. O Prof. Estelita Lins, comentando o trabalho, considerou-o de alta importância em face de a glândula de Skene ser a grande responsável pela recidiva da blenorragia na mulher.

*

A sessão de 18.6.34 foi dedicada à homenagem prestada à memória do grande clínico patricio, Prof. Miguel Couto, há pouco falecido. Falou, em nome da SBU, o seu orador oficial, Dr. Pinto da Rocha. O Prof. Estelita Lins, associando-se a esse tributo póstumo, afirmou ter decidido dar o nome do ilustre morto a uma das salas do seu *Hospital de Urologia*, situado em dois pavimentos do edifício hoje ocupado pela *Casa de Saúde Santa Maria*, nas Laranjeiras.

*

Na sessão de 2.7.34, o Dr. Samuel Kanitz renunciou ao cargo de 1º Secretário, sendo substituído pelo Dr. Dirceu Corrêa de Menezes.

FLAGRANTES HISTÓRICOS

O Presidente da SBU, Dr. Álvaro Cumplido de Sant'Anna, informou o plenário a propósito dos entendimentos mantidos com o Dr. Pedro Ernesto, Interventor do então Distrito Federal (hoje Rio de Janeiro — RJ), sobre a realização do próximo Congresso de Urologia.

No expediente (2.7.34), o Dr. Guerreiro de Faria relatou um caso de "*Retenção de urina, determinada por pyonephrose esquerda*", estudado, segundo afirmou, no Serviço de Ginecologia do Dr. Castro Araújo, na Santa Casa da Misericórdia. Ilustrou seu trabalho com farta documentação radiológica e terminou realçando o *êxito obtido com a intervenção cirúrgica*, que constou de *nefrectomia*, após ter tentado sem resultado vários outros *processos clínicos*. Comentaram elogiosamente esse trabalho os Drs. Murilo Fontes, Rolando Monteiro e Heleno Brandão.

Ainda na reunião do dia 2 de julho de 1934, o Presidente congratulou-se, em nome da SBU, com o Dr. Rolando Monteiro, pela obtenção, por esse consócio, do Prêmio "*Madame Durocher*", da Academia Nacional de Medicina, com o seu livro "*Paritenologia*".

Consta da ata da sessão de 27.7.34, haver o Presidente Cumplido de Sant'Anna representado a Sociedade nas solenidades comemorativas do jubileu do Prof. Antônio Austregésilo. Consta, nesta mesma ata, referência à eleição do Dr. Abdon Lins para Membro Titular da Academia Nacional de Medicina.

Na mesma sessão, congratulou-se a SBU com o Dr. Guerreiro de Faria pelo brilhante concurso a que

se submetera recentemente, na Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Também o Dr. Sylvio Pinheiro Guimarães propôs, e foi aprovada, a inscrição em ata de um voto de louvor ao Prof. Castro Araújo, por sua nomeação para Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro, hoje UFRJ.

Também nessa reunião (27.7.34), o Dr. Volta Batista Franco fez uma comunicação sobre "*A sedação imediata da dor, nas orquitepididimites gonocócicas*" (título retirado de artigo de Surraco, do Uruguai), o que obteve, segundo afirmou, pela injeção de soro fisiológico no *cordão inguinal*, na quantidade de 10 a 20ml. Estudou o mecanismo pelo qual parece ter obtido esse resultado (modificação da *irrigação local*), concluindo que as conseqüências dessa "*paradoxal therapeutica*" têm repercussão na ação sobre a dor e nas modificações posteriores do "*plastrão e do nucleo genital*". O trabalho foi comentado pelos Drs Dirceu Menezes, Rosa Martins e Sylvio Pinheiro Guimarães. O Prof. Estelita Lins, encerrando as discussões, *borda considerações* em torno do assunto, referindo-se ao que estava realizando com o *gluconato de calcio*, não só no referente à cessação da dor, como na regressão do processo inflamatório.

O Dr. Rosa Martins igualmente falou na sessão de 27.7.34 sobre "*A hemotherapia e seu valor hemostático*", alongando-se em considerações sobre esse tema. O Prof. Estelita Lins e o Dr. Sylvio Pinheiro Guimarães fizeram longos comentários em torno da observação apresentada pelo orador do dia.

fístula renocólica

OSVALDO COUJI KOGA — PEDRO MANZINI FILHO — DEMERVAL MATTOS JUNIOR.
Do Serviço de Urologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" (SP)

INTRODUÇÃO

Dentre as fístulas reno-alimentares, é a fístula renocólica a mais freqüente, tendo como explicação a relação anatômica entre o rim e os cólons (ascendente e descendente).

Foi primeiramente estudada por Rayer, em 1841, porém, já tinha sido descrita por Hipócrates.

Segundo revisão realizada por Downs, em 1958, havia naquela ocasião, relatados, 110 casos de fístula renocólica.

Apresentamos mais 2 casos ocorridos em nosso Serviço, nos anos de 1976 e 1977.

INCIDÊNCIA

Quanto ao sexo, idade e lado do rim comprometido, parece incidir, segundo levantamento realizado por Downs, mais na faixa etária média, no sexo feminino e no lado E, porém, são estudos estatísticos não havendo variação anatômica que os possa explicar.

ETIOLOGIA

Quando a fístula ocorre entre o rim e o cólon, é geralmente devida à infecção perinéfrica em consequência de calculose renal, pielonefrite crônica ou tuberculose. Quanto ao agente mais comum, atualmente é a calculose renal, embora, antes da II Guerra Mundial, a tuberculose tivesse papel de destaque. Ultimamente, têm ganho ênfase os traumas renais na etiologia das fístulas reno-alimentares.

É geralmente aceito que a lesão primária é renal, que se abriria para dentro do cólon, do que decorrente de patologia intestinal primitiva. Porém, têm sido relatadas, na literatura, fístulas secundárias a Ca de cólon (Brust e Morgan, em 1974) e secundária a divertículo de cólon (Husted, 1974).

Wessom relatava que o carcinoma renal dificilmente abriria para dentro do cólon, assim como o carcinoma de próstata não ultrapassaria a fáscia de Denonvillier para o reto; entretanto, existem 2 casos de fístula renocólica secundária ao carcinoma renal, relatados por Thompson e Douglas, 1954, e por Fetter e Varano, em 1956.

Das fístulas renocólicas relatadas existem somente 2 casos em rim único, 8 casos com exteriorização para a pele e 1 caso com fístula pielocólica associada.

Quanto à relação com infestação parasitária, Nicaise, em 1909, e Begg, em 1936, descreveram fístula reno-alimentar associada com "Echinococcus."

SINTOMAS E SINAIS

Na anamnese, o paciente invariavelmente revela distúrbios recorrentes do trato urinário, como disúria, polaciúria, piúria e hematúria.

Geralmente, a história é longa, com o paciente mostrando sinais de comprometimento do estado geral, típico de doença progressiva, como fraqueza, adinamia e emagrecimento.

Por ocasião da abertura do abscesso para dentro do cólon, o aparecimento de sangue, pus e urina junto com as fezes pode ser relatado.

Pneumatúria, fecalúria e presença de fragmentos de vegetais na urina também podem ocorrer.

A presença de massa palpável nos flancos, associada com dor que, às vezes, pode desaparecer, por ocasião da ruptura do abscesso para o interior do cólon, é outro sinal importante para o diagnóstico.

DIAGNÓSTICO

A anemia severa é comumente encontrada.

Acidose hiperclorêmica tem sido raramente descrita.

Urina tipo 1 e cultura: leucocitúria e hematúria com cultura para "E. Coli" positiva, na maioria das vezes.

A confirmação do diagnóstico depende fundamentalmente de exames radiológicos.

Os Raios X simples do abdome podem mostrar a presença de cálculo em 50% dos casos

A urologia excretora mostra sempre exclusão do rim comprometido, não demonstrando a presença da fístula. É um exame de importância, porque, além de orientar os exames seguintes, avalia a função do rim contralateral. Pode esporadicamente demonstrar a presença de pneumo-rim no lado afetado.

FÍSTULA RENOCÓLICA

A pielografia ascendente é um dos exames mais úteis para o diagnóstico da fístula, sendo capaz de estabelecer o local da comunicação com o cólon. Porém, às vezes, não é possível o cateterismo ureteral, sendo indicado, nestes casos, a pielografia descendente, descrita por Newman.

Quando da realização da pielografia ascendente, esta poderá fazer o diagnóstico da fístula, onde grande quantidade de contraste poderá ser injetado, sem causar incômodo para o paciente, além de se poder injetar azul de metileno ou indigo-carmin, os quais poderão aparecer junto com as fezes. Quanto à administração oral, como geralmente o rim afetado não possui função, esta prova não apresenta resultados.

A aortografia pouco tem contribuído para o diagnóstico.

O enema opaco, ocasionalmente, poderá demonstrar a fístula, sendo as chapas mais tardias as mais importantes, as quais poderão demonstrar a presença de contraste intra-renal.

Na cistoscopia, quando do cateterismo ureteral, poderá o endoscopista observar saída de material purulento ou mesmo saída de gases pelo meato ureteral. Muitas vezes, porém, o meato ureteral é de difícil identificação. Quando da presença de fístula renocólica cutânea, a fistulografia poderá fazer o diagnóstico.

O fechamento espontâneo da fístula tem sido relatada, porém raramente ocorre.

O tratamento de escolha atualmente é a nefrectomia com ressecção da fístula e fechamento da alça intestinal em um só tempo.

Quando existe suspeita de tuberculose como agente etiológico, segundo Gibbon, tratamento específico por 6 meses pré-operatório, seguido de mais 2 anos pós-operatório, é o tratamento de escolha.

Em pacientes em mau estado geral, somente a drenagem do abscesso perinéfrico tem sido sugerido, para, em seguida, realizar-se a nefrectomia e a ressecção da fístula.

A colostomia estará indicada somente em pacientes com sintomas de obstrução intestinal.

Caso 1 — M. B. S., RG. 148255, fem., 35a., parida, casada. — Paciente internada em 22/11/76, com queixa, há um ano, de dor no flanco E, sem irradiação, inicialmente pouco intensa, com aumento da intensidade nos últimos meses. Referia ainda emagrecimento de mais de 30 kg nesse período. Episódios de disúria, polaciúria e hematúria, que melhoravam sem tratamento. Nega febre. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, descorada e emagrecida. De positivo, apresentava massa palpável, que ocupava todo o flanco E x F. I. E., móvel.

De exames laboratoriais: hemograma: HG1 9.6 — HTC=29. Leucocitose com desvio para E.

Urina tipo 1 = leucocitúria x hematúria. Cultura com incontáveis "E. Coli". Protoparasitológico: "Ascaris lumbricoides". Glicemia e uréia: normais. Urografia excretora: Rim D normal. Exclusão do rim E. Massa expansiva volumosa, ocupando todo o flanco e fossa ilíaca E, com imagem radiopaca localizada no pólo inferior dessa massa (figs. 1, 2). Cistoscopia: presença de fibrina no meato ureteral E. Restante normal. Pielografia: presença de contraste no interior da massa expansiva, mostrando segmento de alça do cólon descendente (fig.3). Enema opaco (realizado com contraste mais diluído) demonstrava o local do trajeto fistuloso (fig. 4).

Com diagnóstico pré-operatório de fístula renocólica E, foi realizada exploração cirúrgica, inicialmente com laparotomia e, a seguir, com ampliação de incisão em toracolaparotomia.

De achado cirúrgico: rim E apresentava-se bastante aumentado de volume, fazendo comunicação com alça do cólon descendente (fig.5). Foi realizada nefrectomia. E com ressecção de segmento de alça, devido a orifício fistuloso ser grande. A fístula apresentava no seu trajeto presença de um "Ascaris" (figs. 6, 7, 8). O fechamento da alça foi feito em 2 planos, sem colostomia.

Durante o ato cirúrgico, por dificuldade de abordagem, houve extravasamento de material purulento para o interior da cavidade abdominal.

A paciente apresentou boa evolução pós-operatória, recebendo alta após 15 dias. Foi vista pela última vez 4 meses após a cirurgia, em ótimo estado geral, tendo ganho 30 kg de peso.

Caso n° 2 — C.P.C., RG. 130569, fem., 77a., casada, branca. — Paciente atendida no P.S. em 05/02/77, com queixa de dor lombar E e febre há 1 mês. Antecedente de trauma na região lombar E há 4 meses. Referia ainda aparecimento de tumor no flanco E, extremamente doloroso. De exame físico no P. S., a paciente estava em regular estado geral, descorada, febril. Presença de massa palpável no flanco esquerdo, medindo 10x10 cm, dolorosa, aderente aos planos profundos e com sinais flogísticos. Foi nessa mesma data submetida a cirurgia, com diagnóstico de abscesso peri-renal E, tendo realizada sua drenagem, dando saída a grande quantidade de material purulento. Posteriormente, foi transferida para o Serviço de Urologia, sendo realizados os seguintes exames: hemograma: HG = 8,7, HTC = 30, uréia e glicemia normais. Urografia excretora: 10/02/77 — Rim D normal. Exclusão do rim E (figs. 9, 10). Em

14/02/77, foi realizada cistoscopia, não se conseguindo cateterizar o meato E por não ser visível.

Reverendo o prontuário, a paciente vinha sendo acompanhada pela Nefrologia por apresentar infecção urinária recorrente há 4 meses, apresentando vários exames de urina tipo 1, com leucocitúrios e culturas positivas para E. Coli.

Em 18/02/77, em virtude do agravamento do estado geral, a paciente foi submetida a lombotomia exploradora E, tendo como achado intra-operatório piodiverticulose mais fístula renocólica E. Foi realizada nefrectomia, com ressecção da fístula e fechamento da alça intestinal em 2 planos. Foi deixada colostomia no ângulo hepático.

A paciente evoluiu bem, recebendo alta 1 mês após. Foi reinternada em 05/6/77, para fechamento da colostomia, apresentando, como complicação pós-operatória, pneumonia aspirativa, falecendo no 10º PO.

COMENTÁRIOS

As fístulas renocólicas geralmente são consequência de doenças crônicas primitivas de vias urinárias, embora existam citados casos em que a patologia inicial é localizada no intestino.

Segundo levantamento da literatura, a etiologia mais freqüente é decorrente de patologia calculosa. Porém, os traumas renais atualmente têm ganho destaque na etiologia das fístulas reno-alimentares.

Com o emprego dos antibióticos, sua incidência vem diminuindo gradativamente, fazendo com que, às vezes, dificulte o diagnóstico precoce, pela alteração do quadro clínico.

A tuberculose é rara, nos dias atuais, como causa das fístulas.

Apresentamos dois casos, um dos quais de etiologia calculosa e outro provavelmente traumática. Ambos os casos apresentaram os mesmos cortejos sintomáticos, laboratoriais e diagnósticos, sendo o segundo caso achado intra-operatório, devido à dificuldade da realização de exames e também decorrente do estado geral da paciente, que impossibilitou o prosseguimento dos exames.

Quanto ao achado de um "Ascaris" no trajeto fistuloso, sem dúvida se deveu à grande infestação da paciente, decorrente do seu baixo nível sócio-econômico, não tendo provavelmente contribuído para a gênese da fístula. Não existe, descrito na literatura, caso semelhante em que se encontrasse a presença deste verme no trajeto fistuloso. Existe citação para fístulas reno-alimentares, descritas por Nicaise e Begg, associadas com "Echinococcus."

Quanto ao diagnóstico, é importante a realização de todos os exames possíveis, porém, segundo levantamento bibliográfico, a pielografia ascendente, em primeiro lugar, e posteriormente o enema opaco, têm feito os diagnósticos pré-operatórios.

Com relação à conduta cirúrgica, parece que a nefrectomia com ressecção da fístula e fechamento da alça intestinal em um só tempo, tem sido a conduta da maioria dos autores. A colostomia é utilizada somente para pacientes com quadro de obstrução intestinal. Para pacientes em mau estado geral, tem sido indicada somente a drenagem do abscesso para, no segundo tempo, após a melhoria das condições gerais, ser realizada a cirurgia definitiva.

É importante lembrar que, muitas vezes, a cirurgia pode ser de difícil realização, em virtude das aderências e fibroses existentes, dificultando a abordagem renal, ocorrendo, às vezes, a abertura do rim, com extravasamento do conteúdo purulento para o interior da cavidade abdominal, sem que haja complicação intra ou pós-operatória, apresentando, geralmente, boa evolução.

Chamamos ainda a atenção neste trabalho: embora seja uma patologia rara, deve ser sempre lembrada, como diagnóstico diferencial dos tumores retroperitoneais.

RESUMO

Apresentamos, neste trabalho, breve revisão de literatura e apresentação de 2 novos casos de fístula renocólica, mostrando a incidência, etiopatogenia, quadro clínico, diagnóstico, tratamento e evolução.

No 1º caso, o diagnóstico foi pré-operatório, mostrando, como fato inédito, a presença de "Ascaris lumbricoides" no trajeto fistuloso.

No 2º caso, o diagnóstico foi intra-operatório, devido à impossibilidade de realização de exames complementares, em vista do mau estado geral da paciente.

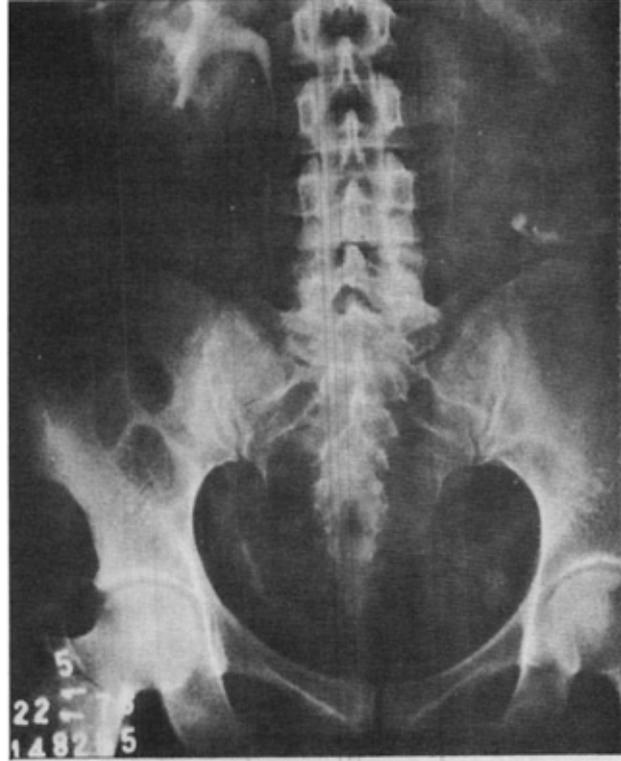
Trata-se de uma patologia rara, que deve ser lembrada como diagnóstico diferencial de tumores retroperitoneais.

SUMMARY

After a brief review of literature, the AA. present two cases of renocolic fistula. They show incidence, etiopathogeny, clinical aspects, diagnosis, treatment and evolution.

This is an uncommon disease, that must be reminded on differential diagnosis of retroperitoneal tumors.

FÍSTULA RENOCÓLICA



Figs. 1 e 2
RX simples do abdômen - Mostra massa expansiva que ocupa todo o flanco e fossa ilíaca E. Presença de imagem radiopaca no pólo inferior da massa. Urografia excretora - Rim D normal. Rim E excluído.

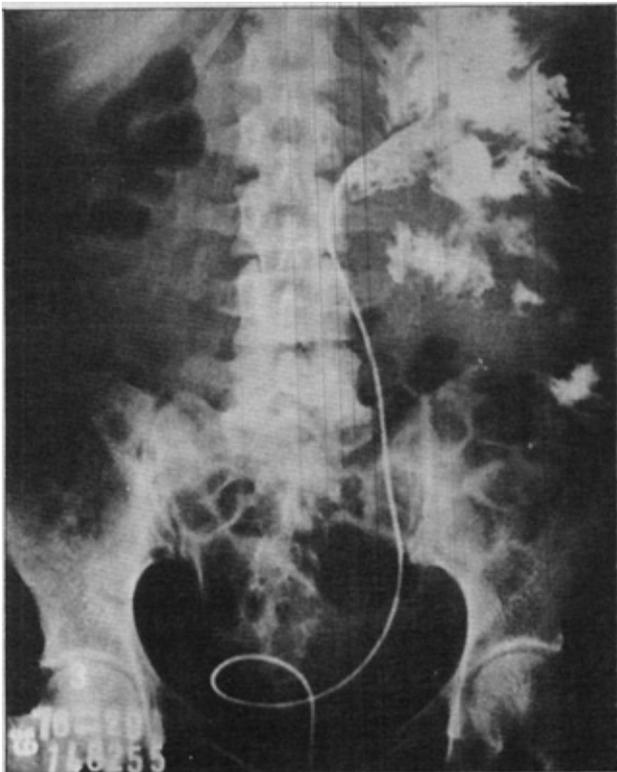


Fig. 3
Pielografia - presença de contraste no interior da massa expansiva, mostrando também segmento de alça do cólon descendente,

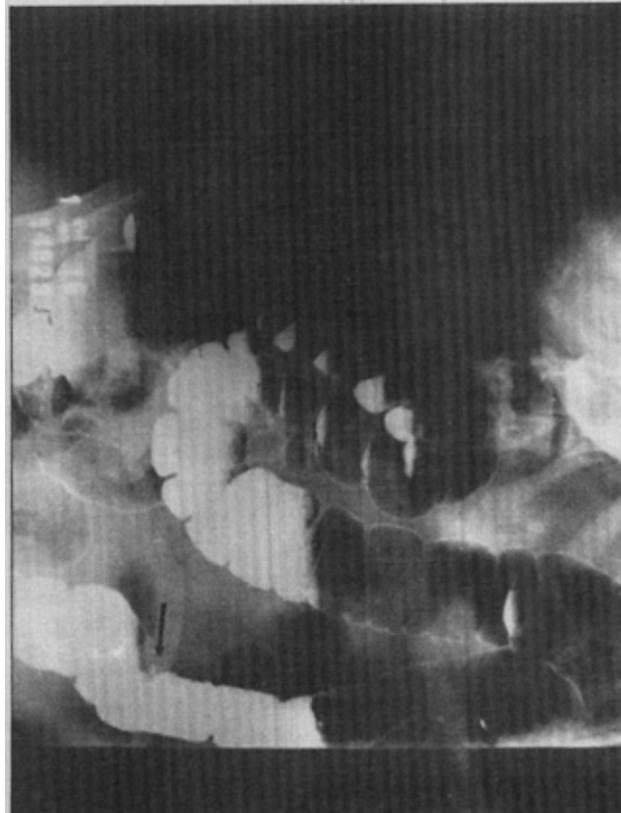


Fig. 4 - Enema opaco: seta mostrando o local da fistula.

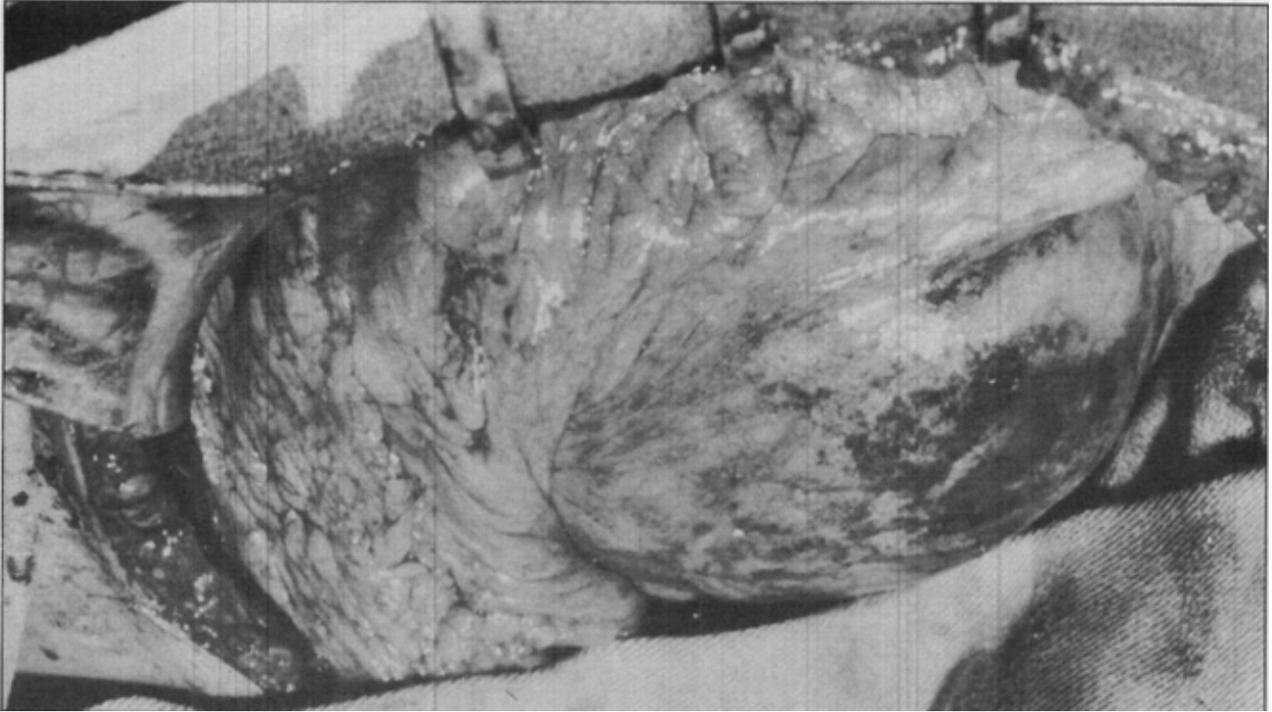


Fig. 5 – Aspecto intra-operatório: rim E bastante aumentado de volume.



Fig. 6 - Aspecto intra-operatório - Localização da fistula renocólica (presença de "Ascaris" no trajeto fistuloso).

FÍSTULA RENOCÓLICA

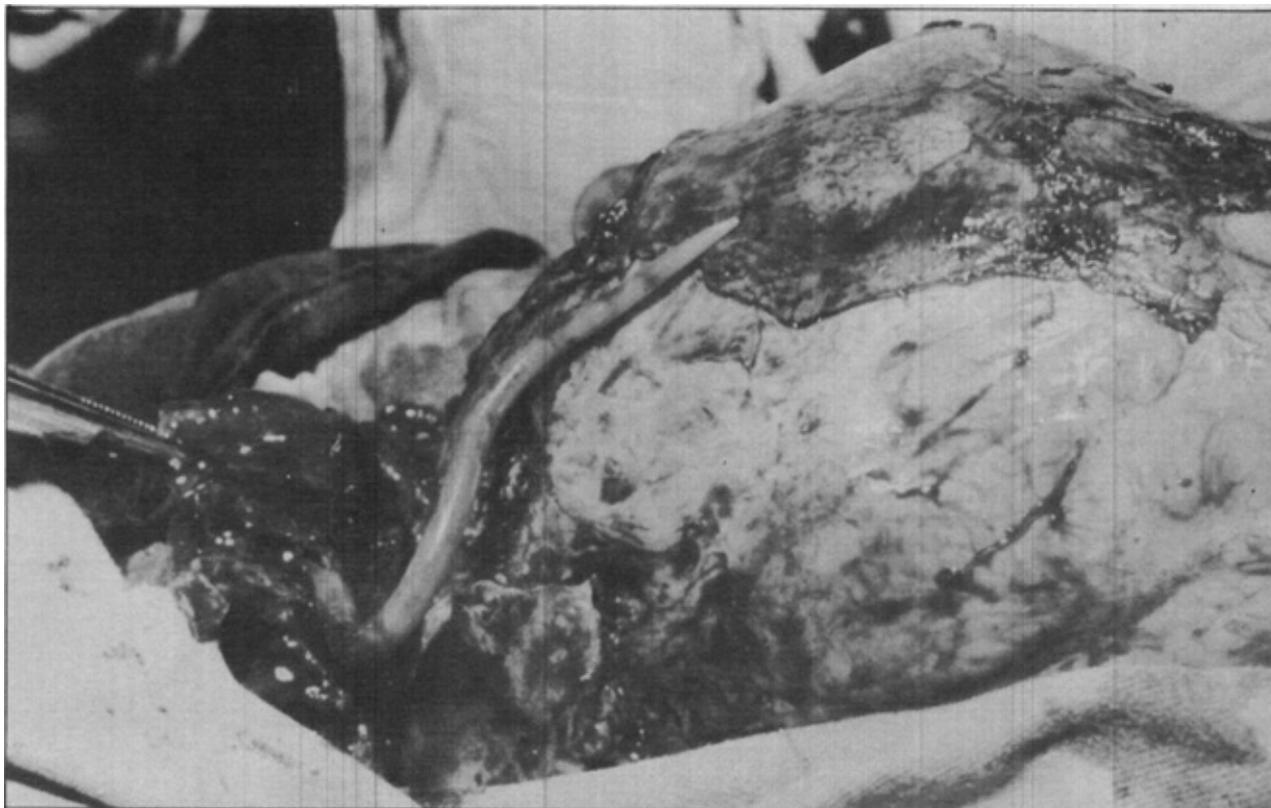


Fig. 7 - Aspecto intra-operatório - melhor visualização da fistula com um "Ascaris" no seu interior.

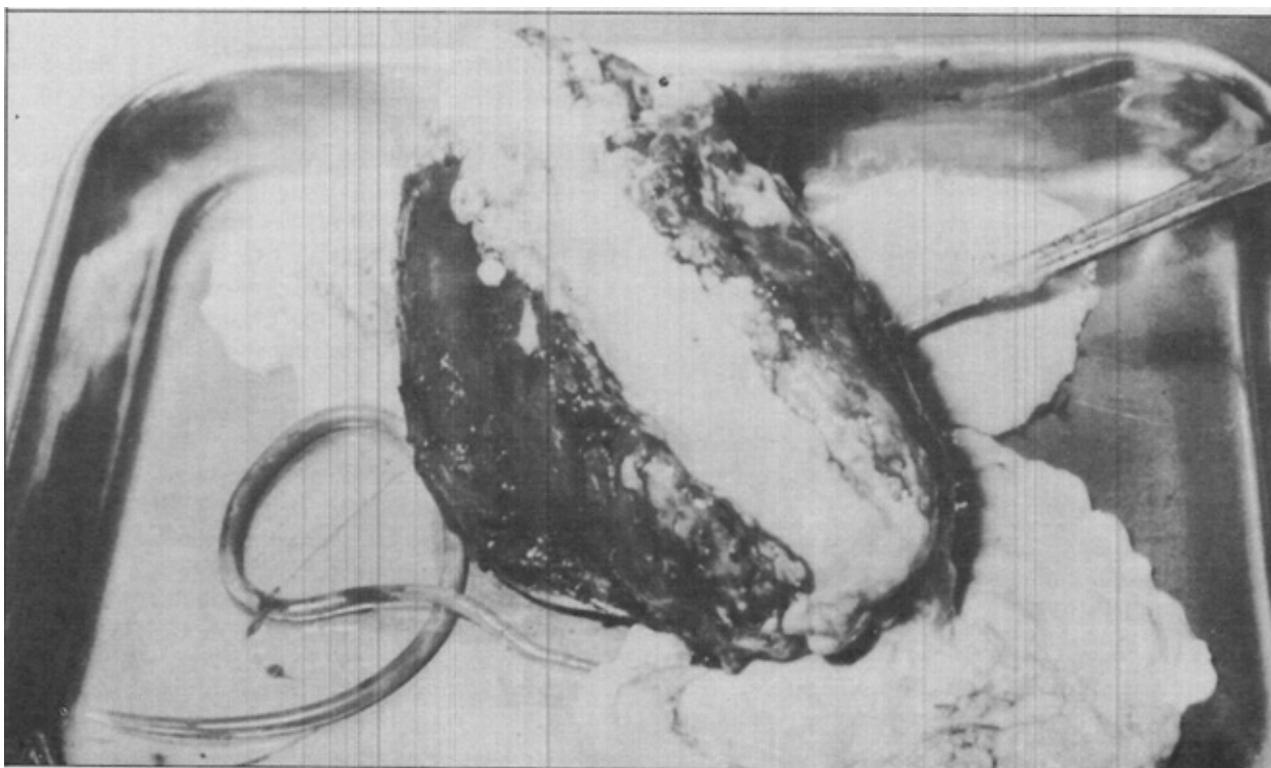


Fig. 8 - Peça aberta após a nefrectomia: piodrose - "Ascaris lumbricoides".



Figs. 9 e 10 — Urografia excretora: Rim D normal. Exclusão do Rim E.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ARTHUR, G. W. & MORRIS, D.G. Reno-alimentary fistulae. *Brit. J. Surg.*, 53 (5) 396-402, 1966.
- 2) BISSADA, N. K.; COLE, A.T. & FRIED, F. A. Reno-alimentary fistula: An unusual urological problem. *J. Urol.*, 110 273-276, 1973.
- 3) BROWN, R. B. Spontaneous Nephrocolic Fistula. *Brit. J. Urol.*, 488-491, 1966.
- 4) BRUST, R. W. & MORGAN, A. L. Renocolic fistula secondary to carcinoma of the colon. *J. Urol.*, 111 439-440, 1974.
- 5) DOWNS, R. A. Renocolic fistula. A review of the literature and a case report. *South. Med. J.*, 51 1417-1421, 1953.
- 6) ELLIK, M. & GETZ, J. Nephrocolonic fistula: A dual case study. *J. Urol.*, 70 (3) 364-372, 1973.
- 7) FETTER, T. R. & VARANO, N. R. Renocolic fistula: Report of two cases. *J. Urol.*, 76 (5) 550-555, 1956.
- 8) GIBBONS, R. P. & SCHMIDT, J. D. Renocolic and renocolic-cutaneous fistula: report of 3 cases. *J. Urol.*, 94 520-527, 1965.
- 9) GOODWIN, W.E.; WINTER, C.C. & TURNER, R.D. Fistula between bowel and urinary tract. *J. Urol.*, 84 (1) 95-105, 1960.
- 10) FREENE, J.E.; BUCY, J.G. & WISE, L. Spontaneous pyeloduodenal and renocolic fistulae. *South. Med. J.*, 68 (5) 641-644, 1975.
- 11) HUSTED, J.W. An unusual case of pyelonephritis: Nephrocolic fistula owing to a ruptured colonic diverticulum. *J. Urol.*, 111 724-726, 1974.
- 12) JONES, G.H.; MELENDY, O.A. & FLYNN, W.F. Spontaneous nephroduodenal fistula: Review of the literature and report of a case. *J. Urol.*, 69 (6) 760-763, 1953.
- 13) MEYERS, M.A. Dynamic radiology of the abdomen. 214-216, Springer Verlag, 1976.
- 14) NEWMAN, J.H. & JEANS, W.D. Renocolic fistula demonstrated by anterograde pyelography. *Brit. J. Urol.*, 44 692-697, 1972.
- 15) SHUKRI, A.M. Reno alimentary fistulae. *Brit. J. Surg.*, 55 (7) 551-554, 1968.

el tratamiento medico de litiasis urinaria

TERRY ALLEN

Aunque el urólogo considera a la litiasis urinaria como una enfermedad quirúrgica, también es un problema médico y no importa mucho la destreza del cirujano en extirpar los cálculos si no hace caso del problema metabólico que produce las piedras en primer lugar. Sabemos muy bien que, sin atención a esta parte del problema, los cálculos van a recurrir. Por eso, quiero dirigir nuestra atención al tratamiento médico de litiasis urinaria.

Antes de lanzarnos con un discurso de tratamiento, es necesario repasar un momento la manera en que los cálculos se forman porque, en realidad, cada método de tratamiento tiene en su base la corrección de algún defecto metabólico importante en la producción de estas piedras. Sabemos que los cálculos son compuestos de capas de cristaloides mantenidos unidos por mucoproteínas llamadas matriz. Gracias a la obra del Dr. Vermeulen, en Chicago, sabemos también que la matriz no es absolutamente necesaria para la formación de los cálculos. Usando la orina que se ha dializada para quitar todas las mucoproteínas, el Dr. Vermeulen logró crear piedras iguales a las que se hallan en el tracto urinario por enriquecer la orina con cristaloides de varios tipos. Claramente la formación de cálculos dentro del tracto urinario es un proceso fundamentalmente de cristalización. El Dr. Vermeulen prosiguió con sus experimentos y demostró que al dar de comer a las ratas una dieta enriquecida de cristaloides pudo hacer que las ratas formasen calculitos dentro del extremo de la papila renal. Los cristales se juntan y se extienden y pronto aparecen en la superficie de la papila, donde crecen para formar una piedra, que últimamente se desprende de la papila para hacerse una piedra libre.

Si el problema de litiasis urinaria es un problema de cristalización, es importante saber que cristaloides se comprometen en el proceso. De esta tabla en que se encuentra el análisis de diez mil cálculos, se puede ver que el cristaloides más importante en la formación de las piedras urinarias es, sin duda, el calcio; y a la cabeza de la lista de cálculos está el oxalato de calcio. Por eso, se puede decir que el problema de litiasis urinaria, más de ser un problema de cristaloides, es un problema de calcio.

Por eso, debemos mirar las causas por el exceso de calcio en la orina. En los Estados Unidos, un exceso de calcio en la dieta es un factor importante, pero lo más comúnmente visto entre las causas de hipercalcemia es lo que se debe a la hiperabsorción del calcio

del tracto intestinal. Esto se ve principalmente en los hombres de raza blanca y según nuestra experiencia a esto se debe el sessenta por ciento o más de los casos de hipercalcemia. Un exceso de calcio en la sangre lleva a un exceso del mismo en la orina y entre la lista de causas responsables se puede encontrar hiperparatiroidismo, sarcoidosis y algunos tumores malignos. Al fin, debemos mencionar la intoxicación con la vitamina D, inmovilización, y acidosis como causantes importantes en la ocurrencia de la hipercalcemia.

Aunque la mayor parte de los cálculos urinarios contienen oxalato, un exceso de oxalato en la orina no se ve con frecuencia. Solo con oxalosis, una enfermedad muy rara, y en algunas enfermedades del intestino delgado se encuentra una persona con oxaluria. Y afortunada que es, porque es difícil tratarla.

Los calculos compuestos de ácido úrico se deben no solamente a un exceso de ácido úrico en la orina como se ve en la gota, pero también a la orina que es tenazmente ácida. Ocurre que el ácido úrico no es muy soluble en un medio ácido, pero cuando se alcaliniza el medio, la solubilidad del ácido úrico aumenta veinte veces o más. Por eso, entre las personas que tienen la orina ácida todo el tiempo, los cristales de ácido úrico nunca tienen la oportunidad de entrar en solución y en cambio exhiben una tendencia de formar cálculos. Otra característica importante en cuanto al ácido úrico es que tenemos una medicina llamada "Allopurinol", que impide la formación de esta sustancia. Allopurinol parece hipoxantina, y la enzima necesaria para convertir hipoxantina al ácido úrico reacciona preferencialmente con aquella.

Los cálculos compuestos de cistina son muy raros. Resultan de un defecto metabólico heredado, de modo que las personas que sufren de esta enfermedad excretan varios cientos de miligramos de esta sustancia diariamente en la orina. Como ácido úrico, cistina es más soluble en el medio alcalino, pero no tanto como aquello. Es necesario alcalinizar la orina a un grado más extensivo para obtener beneficios de mérito. En el caso de cistina, también hay una medicina que impide su formación. Cistina es un aminoácido compuesto de dos moléculas de cisteína y la medicina — penicillamine — se la traba con cisteína, de modo que no hay cisteína bastante para formar cistina. Desgraciadamente, penicillamine es muy cara y tiene efectos adversos tales que no se debe recetarla, salvo en casos muy severos.

Aunque los cálculos urinarios tienen en su base la presencia de cristaloides en la orina, la presencia de estos cristaloides en la orina por sí misma no es suficiente para asegurarse de que los cálculos se forman. Más importante que la cantidad absoluta de los cristaloides, es el estado de estos cristaloides y eso depende de otros factores, como: la cantidad de agua en que se disuelven los cristaloides, porque esto determina su concentración, y la presencia de otros iones que afectan la estabilidad de los cristaloides, así como el pH de la orina.

Casi ningún ion incluido en una solución deja de aumentar la cantidad de los cristaloides que se puede disolver en ella. En esta gráfica se puede ver cuanto incrementa la adición de magnesio la cantidad del oxalato de calcio que la solución puede contener. De la misma manera, Howard descubrió que la adición de pirofosfatos a la orina con tendencias de formar cálculos puede convertir esta orina a una condición estable en que los cálculos ya no se producían. Semejantemente, muchas de las sustancias orgánicas, especialmente los citratos, funcionan para aumentar la cantidad de calcio que se puede disolver en una solución como la orina.

Muy importante en la génesis de los cálculos, es el efecto del pH de la orina. Como hemos visto, el ácido úrico está en un estado inestable en la orina ácida. Solo cuando hacemos la orina alcalina es que el ácido úrico entra en solución completamente. En cambio, el fosfato de calcio y el fosfato de amonio de calcio son más solubles en una solución ácida y se precipitan en una solución alcalina. Se debe notar que, sin considerar el pH de la solución, el oxalato de calcio se quede inestable. La alteración del pH de la orina de ninguna manera afecta la solubilidad de este cristaloides.

Por lo tanto, sea la importancia del pH de la orina, vale la pena repasar un momento los factores que lo afectan. De primera importancia es la infección con organismos, como *Proteus*, que parten las moléculas de urea para producir amoníaco. Esto rinde la orina tan alcalina que es casi imposible alterarla y lleva a la precipitación de las sales de calcio. La dieta afecta el pH de la orina en que las proteínas la hacen ácida y las frutas la hacen alcalina. Entre las drogas, la más notable es acetazolamida, que rinde la orina alcalina. Es por eso que los pacientes que tienen que tomar esta droga para su glaucoma tienen una alta incidencia de cálculos de calcio. Aún el estado metabólico del cuerpo afecta el pH de la orina. Por ejemplo, los pacientes postrados en cama usualmente tienen la orina más alcalina. Y por último hay la condición de la acidosis debido a una enfermedad con-

genita de los conductos renales, en que el paciente no puede excretar la orina ácida.

Así como hemos visto, la formación de los cálculos del tracto urinario es un proceso complejo, con muchos factores, pero un proceso que podemos modificar. En breve, en cualquier caso que hay, tenemos que decidir cuáles son los factores más importantes en la génesis de los cálculos para que los corriamos eficazmente.

En general, se puede acercarse el problema de litiasis urinaria por poner al revés cada factor de que hemos hablado, pero esto requiere que sepamos la respuesta de algunas preguntas importantes como: ¿Cuál es el problema? ¿De qué se compone el cálculo? ¿Cuáles son los factores metabólicos que permitieron que los cálculos se formaran? Algunas de las medidas, que podemos emprender para combatir el problema de litiasis urinaria, podemos emprender sin consideración a las preguntas formuladas anteriormente, pero es obvio que el tratamiento más apropiado a este problema requiere el conocimiento de estos factores.

Aquí tenemos una lista para recordarles de las medidas que a nosotros nos son disponibles para el tratamiento médico de litiasis urinaria. Primero, podemos aumentar la ingestión de agua para reducir la concentración de los cristaloides en la orina. Pero es importante saber que entre más agua que se tome, lo más que se acerca el pH de la orina a 7.0. Entre los casos en que la acidificación o alcalinización de la orina sea importante, un aumento del agua puede impedir el alcanzar del pH deseado. Sin embargo, en la mayor parte de los casos un acrecentamiento del agua se considera beneficioso.

Segundo, podemos reducir por varias maneras la cantidad de cristaloides que se encuentran en la orina. Por ejemplo, podemos cambiar la dieta — cosa que puede tener beneficios, especialmente en los casos de cálculos de calcio. En los Estados Unidos cada persona — por término medio — toma 800 mg de calcio diariamente en su dieta. Aproximadamente un cuarto se absorbe y de esto 50 mg se utilizan metabólicamente, dejando para la excreción en la orina un promedio de 150 mg — 200 mg cada día. Pero hay personas a quienes les gusta mucho la leche o el helado. Ya que un vaso de leche contiene a eso de 250 mg de calcio, esta gente no tarda mucho en excederse en tomar de un gramo o más de calcio diariamente, de modo que la capacidad de la orina de tener la solución se sobrepasa. A estas personas vale la pena limitarles la ingestión de leche o helado, pero a la mayor parte de la gente con cálculos de calcio una restricción severa de calcio en la dieta no es recomendable. Para ser eficaz, hay que limitar el calcio en la dieta tanto

LITIASIS URINÁRIA

que la comida ya no esté apetitosa. A la vez no debemos olvidar las drogas que tomamos. Algunos antiácidos, por ejemplo, contienen mucho calcio.

En cuanto a los cálculos de ácido úrico, a veces es beneficioso limitar la toma de proteínas, pero en la mayor parte de los casos hay factores más importantes en la formación de estos cálculos que la dieta. En cuanto a los cálculos de cistina, la dieta no es importante. La cistina se produce endogenamente.

El trabar de cristaloides con ciertas sustancias en el intestino para impedir la absorción tiene futuro favorable, especialmente en el caso de calcio. Howard usó fosfato neutral para enlazar el calcio dentro de la luz del conducto intestinal y demostró en varias personas que la cantidad de calcio excretada en la orina, durante el tratamiento con fosfato neutral, era cada vez menos que la del anterior.

Pero Dr. Charles Pak demostró que el uso del fosfato neutral, aunque reducía la cantidad de calcio excretada en la orina, también aumentaba la cantidad de fosfato excretada en la orina. Por eso, la inestabilidad del calcio de fosfato se incrementó tanto que la posibilidad de formar cálculos de fosfato de calcio fué aumentada.

En cambio, Pak recomendó el uso del fosfato de celulosa, una droga con que se experimenta ahora en los Estados Unidos, aunque está en uso diario en Inglaterra. El fosfato de celulosa se enlaza con calcio, pero un poco del fosfato se absorbe. Por eso, la excreción de calcio en la orina se disminuye, pero el aumento de fosfato en la orina es mínimo y el resultado es que la precipitación de las sales de calcio en la orina se disminuye también. Para las muchas personas que exhiben hiper calciuria, por causa de hiperabsorción de calcio, el uso del fosfato de celulosa ha resultado muy beneficioso.

En Canadá, han experimentado con el uso del diurético "Thiazide" y ahora en los Estados Unidos es reconocido también como una droga muy útil para disminuir la excreción del calcio en la orina. En un grupo de pacientes, la excreción de calcio en la orina cayó rápidamente cuando recibieron Thiazide, 50 mg dos veces al día. El mecanismo para esto parece ser que el diurético encoge el comportamiento extracelular, de modo que el riñón reabsorbe más del sodio filtrado y, con esto, el calcio también. El efecto de reducir la excreción en la orina está perdido si la persona toma bastante sal para volver a agrandarse el espacio extracelular. Por eso, el paciente debe limitar la toma de sodio durante el tratamiento, lo cual puede hacerla sentir un poco débil. También debe tomar potasio para evitar hipocaliemia. En esta tabla, se pueden comparar los episodios de cólico renal y los

cálculos que requirieron tratamiento antes y después del uso de Thiazide.

Ya hemos hablado de algunos de los agentes que impiden la formación de varios cálculos. Como recuerdan ustedes, allopurinol impide la formación de ácido úrico, y penicillamine, la formación de cistina. Desgraciadamente, hasta este momento, no tenemos drogas que interfieran con la formación de las sales de calcio de la misma manera.

Asimismo, los esfuerzos para aumentar la solubilidad de las sales de calcio por cambiar el pH de la orina no valen mucho. Como es de recordarse la solubilidad del oxalato de calcio, el cálculo más común en el tracto urinario, no se afecta por cambiar el pH y, en el caso del fosfato de amonio de magnesio, otro cálculo común, es casi imposible acidificar la orina en la presencia de infección con organismos que parten la urea para formar amonía.

En el caso de los cálculos de ácido úrico o cistina, en cambio, la alcalización de la orina es el sostén principal del tratamiento. De día, se puede usar solución de Shohl, cristales de ácido cítrico, o pastillas de bicarbonata de sodio. De noche, es beneficio recetar acetazolamide, que no sólo rinde la orina alcalina, sino también incrementa la cantidad de orina formada; para que el paciente se levante a orinar durante la noche a cualquier tiempo, puede tomar más agua y otra pastilla de acetazolamide. De esta manera, se evita que la orina se concentre de noche, permitiéndole que se forme un cálculo. Es beneficioso también dar al paciente los papelitos para que mida por sí mismo el pH de la orina en casa. Sin esto, es difícil saber si el tratamiento surte efecto.

Los agentes que tienen el efecto de aumentar la solubilidad de los cristaloides en la orina son muy prometedores, pero en este momento hay pocos. Los fosfatos neutrales se hacen pirofosfatos en la orina, lo que incrementa la solubilidad de calcio, pero, como hemos visto, también aumenta la cantidad de fosfatos que pueden resultar en litiasis de fosfato de calcio.

El óxido de magnesio se ha usado para aumentar la solubilidad del oxalato de calcio y, según esta tabla de un artículo de una revista urológica, el uso de sales de magnesio disminuyó radicalmente la formación de nuevos cálculos por cada año. La dosis de óxido de magnesio que se recomienda es de 420 mg por día.

La importancia de infección en la génesis de los cálculos se limita al cambiar el pH de la orina a causa del partir las moléculas de urea. Griffith ha demostrado que los organismos que no parten urea no son asociados con una incidencia aumentada de cálculos.

Tan importante es la relación entre estos organismos, principalmente *Proteus*, y urea en la génesis de los cálculos, que es posible inhibir la formación de cálculos del tipo fosfato de amonio de magnesio por sustituir en la orina otra sustancia como AHA o ácido acetohidroxámico. Las enzimas producidas por la bacteria parten el AHA en vez de la urea, lo que no resulta en amonio. Griffith demostró que cuando dos grupos de ratas estuvieron infectadas con *Proteus*, solamente el grupo que recibía el AHA en la dieta podía mantener la orina ácida. Como es de esperar, en el grupo que no recibía el AHA, la orina resultó alcalina.

Aún más, cuando pelotillas de zinc fueron puestas dentro de la vejiga de ambos grupos de ratas, los

resultados en dos estudios fueron lo mismo: los que recibían una dieta que incluía AHA formaron los cálculos mucho más pequeños que los que no recibían la droga, a pesar de que los dos estuvieron infectados con el mismo *Proteus*. Desgraciadamente, AHA no está a la disposición para el uso común en este momento.

Por último, debemos asegurarnos de que no hay sustancias ajenas en el tracto urinario en que se pueden adherir los cristaloides y que no hay obstrucción que lleva al estancamiento y que ha de corregirse. Claro que el problema es muy complejo, pero la atención a estos factores puede asegurarnos de que, cuando extirpamos los cálculos, no vuelvan a presentarse nuevamente. Vale la pena hacerlo.

tumor renal — embolização da artéria renal

LUIZ FELIPE MATTOSO — GERALDO FERRERI — RODOLPHO F. FORSTER —
JOSÉ ANTONIO BORGNETH — LUIZ FLAVIO SKINNER

Da Santa Casa de Misericórdia (Serviço de Urologia) — Rio (RJ).

Recentemente, nota-se um crescente entusiasmo na utilização de embolização transcatereter, após cateterização seletiva de órgãos comprometidos, com fins terapêuticos como: controle de hemorragia, tratamento de anomalias vasculares, embolização de tumores renais, etc. O nosso trabalho aqui apresentado diz respeito à oclusão da artéria renal em tumores renais malignos.

TÉCNICA

Numerosas técnicas têm sido usadas para oclusão arterial. Entre elas, citamos: coágulos autólogos, tecidos gordurosos, tecido subcutâneo, tecido muscular, esferas metálicas, silicone, *gelfoam*, etc.

Em nosso trabalho com embolização de artéria renal, o material usado foi o *gelfoam*, o que coincide com a opinião da maioria dos autores. As vantagens do *gelfoam* são: fácil manejo do material, oclusão efetiva da artéria, pois adquire consistência gelatinosa quando com soro fisiológico. É um meio de embolização eficiente e satisfatória durante meses, mas, quando se quer uma oclusão por um período mais longo, é aconselhável o uso de molas, após o *gelfoam*.

Faz-se a assepsia absoluta da esponja do *gelfoam*, depois comprime-se manualmente, então corta-se em pedaços quadrados, de 2 mm aproximadamente. Mistura-se então a soro fisiológico (2:8). Através da técnica percutânea de Seldinger, faz-se a cateterização seletiva da artéria renal. Injeta-se 1 a 2 cm³, efetuando-se então arteriografia de controle, até que se obtenha a oclusão de todos os vasos tumorais.

INDICAÇÕES

Os doentes, que se submetem à embolização renal, dividem-se em 2 grupos:

1. Pacientes que vão ser operados (sem metástases).
2. Pacientes que não vão ser operados (metástases).

Nos pacientes que vão para a cirurgia, a embolização visa: diminuição da vascularização tumoral, diminuição da massa tumoral, melhor plano de clivagem, diminuição do tempo cirúrgico e diminuição da embolização tumoral (diminui a metástase no ato cirúrgico por necrose tumoral).

Nos pacientes que não vão para a cirurgia por metastização, o que se visa é o seguinte: controle da dor, controle da hematuria, diminuição da possibilidade de novas metástases, diminuição do estímulo hormonal tumoral, oclusão de fistulas artério-venosas e correção da hipertensão arterial.

EFEITOS COLATERAIS E COMPLICAÇÕES

Com a existência de necrose tumoral, geralmente encontramos:

1. Dor: no flanco, às vezes de forte intensidade. Ela surge algumas horas após a embolização ou então durante ou imediatamente após.
2. Febre: pode atingir 39 a 40 graus centígrados.
3. Sintomas gastrintestinais: náuseas, vômitos e íleo paralítico podem surgir.
4. Pode aparecer ainda elevação da pressão diastólica, insuficiência renal aguda fatal e baixa da pressão arterial.

O Serviço de Urologia da 14^a Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro apresenta a casuística de 6 pacientes, dos quais 4 foram considerados inoperáveis e 2 foram submetidos a cirurgia. Apresentamos a evolução e *follow-up* destes pacientes.

CONCLUSÃO

A embolização de tumores renais é um método auxiliar importante em pacientes que vão ser submetidos a cirurgia, para facilitar o trabalho cirúrgico, assim como naqueles com impossibilidade cirúrgica, no intuito de diminuir as metástases, dor e hematuria.

TUMOR RENAL

EMBOLIZAÇÃO.....	6 CASOS
NEFRECTOMIA APÓS EMBOLIZAÇÃO.	2 CASOS
CONTROLE CLÍNICO + QUIMIOTERAPIA	4 CASOS

TUMOR RENAL		
EMBOLIZAÇÃO 6 CASOS		
Controle de 1 a 3 anos		
Vivos e Bem	Vivos c/Metást.	Óbito (outra causa)
2	3	1

RESUMO

Os autores tecem comentários sobre a técnica de embolização de tumores renais operáveis e inope-

ráveis, e das vantagens por ela oferecidas, tanto do ponto-de-vista cirúrgico, por diminuição da massa tumoral e do sangramento operatório nos casos considerados operáveis, como na regressão das metástases, nos casos considerados inoperáveis.

SUMMARY

The AA. comment the technique of intra-arterial embolization of kidney tumors, that can be operated or not. They consider this surgical proceeding rather good on account of tumor diminution, operatory bleeding and metastatical regression.

N. da R. — Acompanha o artigo uma Bibliografia, constando de oito citações, não publicada por não se enquadrar nas normas do JBU.
Os interessados poderão dirigir-se diretamente aos autores.

cloreto de sódio e reuso do "coil" em hemodiálise

H. J. SUAID — A. C. P. MARTINS — J. CORNICELLI — A. J. CICONELLI — A. S. ONUKI.

Do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (USP).

I — INTRODUÇÃO

Em nosso meio a maior limitação para o tratamento de pacientes com insuficiência renal crônica é o alto custo da hemodiálise. A unidade hemodiálisadora "coil" é o elemento de maior custo e, por essa razão, são vários os métodos de lavagem e estocagem utilizados para o seu reaproveitamento. Entretanto, nem todos os métodos apresentam as condições necessárias para o reuso, seja pelos gastos elevados ou pela porcentagem de contaminação.

O objetivo do trabalho foi estudar um método de lavagem e estocagem do "coil" que tivesse baixo custo e apresentasse pequeno índice de contaminação.

II — MATERIAIS E MÉTODOS

Dividiu-se o trabalho em duas fases, a fase experimental e o emprego rotineiro do método. Em ambas os "coils" e as extensões foram manipulados com todos os cuidados de assepsia para se evitar a contaminação.

A experimentação foi subdividida em 2 partes:

A — O material utilizado para a estocagem não foi estéril:

Após o primeiro uso, 10 "coils" foram lavados com meio litro de soro fisiológico e 1 litro de água destilada esterilizada. Os "coils" e as extensões foram cheios de cloreto de sódio a 24% e estocados em geladeira a 4°C. por 24 a 48 horas. Decorrido esse tempo, os "coils" foram lavados com meio litro de soro fisiológico e colhidas as culturas por escoamento livre no "set" venoso de 10 ml do líquido de lavagem, em tubos de ensaio estéreis.

B — O material usado para a estocagem foi estéril:

Foram usados 10 "coils" e os cuidados e os procedimentos foram idênticos aos anteriores, com a diferença de que a solução de cloreto de sódio a 24% foi autoclavada e os "coils" estocados a — 10°C. em "freezer". Procurou-se também evitar a formação de bolhas de ar durante o enchimento dos "coils" e extensões. As culturas foram colhidas e realizadas nas mesmas condições anteriores.

Para o emprego rotineiro do método, foram usados 402 "coils" em 1522 hemodiálises, realizadas no período de 12 meses. Cada "coil" foi reutilizado por 4 vezes.

III — RESULTADOS

Na primeira parte da fase experimental, em que não se usou o cloreto de sódio a 24% autoclavado e o enchimento dos "coils" não foi ótimo, ocorrendo a formação de bolhas de ar, as culturas dos 10 "coils" se mostraram contaminadas por *Aerobacter Aerogenes*. Na segunda parte da fase experimental com as modificações introduzidas, conseguiu-se que as 10 culturas fossem negativas.

O emprego rotineiro do método não trouxe maiores complicações para os pacientes em hemodiálise. Somente um paciente com reações febris apresentou bacteremia por *Salmonella sp.*, mas estava com diarreia pela mesma bactéria.

IV — DISCUSSÃO

Em trabalho realizado anteriormente para a reutilização do "coil", verificamos que os custos do processo eram elevados e não apresentava as condições de esterilização necessárias para o reuso.

Dentre os germes isolados naquela ocasião, houve predomínio do *Aerobacter Aerogenes*, fato esse que foi novamente comprovado na primeira parte da fase de experimentação.

A manipulação das linhas arterial e venosa para se fazer a lavagem do "coil" aumenta os riscos de contaminação. Por isso, torna-se indispensável o uso de uma solução esterilizante para a estocagem do "coil".

Bilinsky e Morris usaram uma solução saturada de cloreto de sódio a 27% para a estocagem do "coil" e afirmaram ser esterilizante. Usamos a solução de cloreto de sódio a 24%, por não ocorrer precipitação do sal, pois a 27% tal fato ocorre e por julgarmos que a diferença de 3% na concentração do sal não alteraria o poder esterilizante da solução, como afirmaram os autores acima.

O custo desse processo é baixo, reduzindo muito os gastos da hemodiálise.

modificação técnica na colocação de "shunt" de scribner-quinton

RUI YAMASAKI — JESUALDO CHERRI — ÁUREO JOSÉ CICONELLI — ARTHUR SEIJE ONUKI
— PHILADELPHO M. GOUVEIA FILHO — AFFONSO LUIZ FERREIRA.

Do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP).

A sobrevivência da hemodiálise depende da possibilidade de uma abordagem vascular, e a diálise crônica foi possível a partir da criação do "shunt" de Scribner, em 1960. Importantes progressos foram realizados desde então, sendo introduzidas por Brescia e Cimino, em 1966, as fistulas artério-venosas internas.

Após revisão, em 109 "shunts" artério-venosos externos, colocados em 69 pacientes, realizados de 1971 a 1975, na Unidade de Hemodiálise e Transplante Renal da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, onde foi utilizada a técnica classicamente descrita na literatura especializada, passamos a empregar modificações técnicas e a introduzir outros cuidados simples, visando diminuir e assim prevenir as séries de complicações surgidas, aumentando a sobrevivência dos "shunts".

CASUÍSTICA E METODOLOGIA

Foram colocados "shunts" artério-venosos externos em 74 pacientes, no período compreendido entre 1976 julho de 1977, sendo 54 pacientes do sexo masculino e 20 pacientes do sexo feminino. O maior número de pacientes (22 pacientes) pertenciam à faixa etária de 21 a 30 anos de idade. As indicações, para colocação do "shunt" nesses 74 pacientes, foram: 49 pacientes apresentavam insuficiência renal crônica (IRC) e 25 pacientes apresentavam insuficiência renal aguda (IRA).

A técnica classicamente descrita e utilizada nos 69 pacientes, para a realização de 109 "shunts" artério-venosos, colocados no período de 1971 a 1975, pode ser resumida assim: a) utilização de cânulas de "silastic" reversa ou "standard"; b) "tips" e "connector" de teflon; c) utilização de vasos arteriais e venosos dos membros superiores ou inferiores, especificamente antebraço ou região inguinocrural respectivamente; d) anestesia local ou bloqueio troncular; e) preparação dos vasos (arterial e venoso), que, após identificação, eram dissecados totalmente, ligando-se eventuais colaterais, numa extensão de cerca de 3 a 4 cm de comprimento, e, em seguida, canulando-se com "tips" adequados; f) a exteriorização das cânulas, após cateterização e fixação arterial e venosa, era simplesmente realizada por contra-abertura.

A modificação técnica introduzida e utilizada na colocação de 86 "shunts" em 74 pacientes, estudados no período de 1976 a julho de 1977, pode ser assim descrita resumidamente:

a) utilização de cânulas de "silastic" *retas*; b) "tips" e "connector" de "teflon"; c) *sempre* utilizamos o *ante-braço*, na sua porção do terço médio e/ou distal; d) anestesia *sempre local*, ao nível da projeção dos vasos (arterial ou venoso); após anestesia local, foram utilizadas incisões para a artéria e outra para veia, não maiores do que 3 cm de extensão; e) a preparação dos vasos (arterial e venoso), após identificação, se resumiu *apenas na dissecação da face anterior, sem os isolar* do seu leito posterior, o suficiente apenas para identificação de seus limites laterais; fios de mononylon 4.0 são passados ao redor dos vasos não desimplatados, distanciados 2 centímetros um do outro, sendo a vasotomia realizada nesta porção média e, em seguida, procedermos à fixação, após introdução dos "tips" de calibres adequados; f) a exteriorização das cânulas será feita após um trajeto subcutâneo de 5 a 6 centímetros de extensão, por contra-abertura; g) outro detalhe introduzido consiste na confecção de uma tala de gesso, que permanecerá por 5 dias, cuja finalidade é imobilizar o antebraço, para uma cicatrização mais perfeita.

RESULTADO COMPARATIVO E DISCUSSÃO

No período de 1976 a julho de 1977, foram colocados 86 "shunts" em 74 pacientes, com uma média de 1,16 "shunt"/paciente, enquanto que, no período de 1971 a 1975, a média foi de 1,56 "shunt"/paciente, demonstrando-se que com a modificação introduzida houve um sensível decréscimo na colocação do "shunt"/paciente.

No período de 1976 a julho de 1977, 68 pacientes foram submetidos a uma única colocação de "shunt" (91,8%), 6 pacientes submetidos a 2 intervenções cirúrgicas para colocação do "shunt" (8,10%), e apenas 2 pacientes foram colocados por 3 vezes os "shunts" (2,7%). Já no período de 1971 a 1975, 41 pacientes foram submetidos a uma única intervenção cirúrgica para colocação do "shunt" (59,4%), 20 pacientes se submeteram a 2 colocações de "shunt"

"SHUNT" DE SCRIBNER-QUINTON

(28,9%), 5 pacientes para 3 colocações (7,2%), 2 pacientes para 4 colocações (2,9%) e 1 paciente se submeteu a 5 intervenções cirúrgicas para colocação do "shunt" (1,4%). Esses dados já sugerem uma melhoria dos resultados obtidos através desta modificação técnica.

No que concerne às complicações, podemos citar as decorrentes das infecções; das vasculares, compreendendo principalmente a embolização, baixo fluxo, hemorragia, hematoma e trombose; e das cutâneas, compreendendo a úlcera de decúbito e a dermatite. Destas complicações, a mais freqüente corresponde à trombose, que tem como fatores etiológicos: a) técnica cirúrgica inadequada, como dissecação traumática dos vasos, isolamento longo dos vasos, emprego de "tips" inadequados e acotovelamento do "shunt" sob a pele; b) infecção; c) aneurisma; d) calcificação; e) coagulopatias e f) hipotensão prolongada.

Em nosso estudo, no período de 1976 a julho de 1977, não observamos nenhum caso de linforragia e úlcera de decúbito, 10 casos (11,6%) de trombose, 13 casos (15,1%) de hemorragia, 10 casos (11,6%) de infecção, 6 casos de baixo fluxo (6,9%), 3 casos de deiscência (3,4%) e 2 casos de desconexão (2,3%). No período de 1971 a 1975, observamos freqüência maior de complicações, a saber: 40 casos (36,6%) de trombose; 23 casos (21,1%) de hemorragia, 4 casos de linforragia (3,6%), 17 casos (15,6%) de baixo fluxo, 16 casos (14,6%) de infecção, 3 casos (2,7%) de úlcera de decúbito, 2 casos (1,8%) de deiscência e 2 casos (1,8%) de desconexão. Devemos ressaltar que nem todas as complicações acima citadas resultaram na perda do "shunt", assim como observamos concomitância e coincidência das várias complicações citadas, em um único paciente.

Não observamos nenhum tipo de complicações em 70 (81,3%) dos 86 "shunts" colocados no período de 1976 a julho de 1977, contra 67 (61,4%) dos 109 "shunts" colocados no período de 1971 a 1975; enquanto que observamos 16 (18,6%) de complicações dos 86 "shunts" colocados durante o período de 1976 a julho de 1977 contra 42 (38,5%) de complicações dos 109 "shunts" colocados no período de 1971 a 1975. Fica patente, mais uma vez, o decréscimo nas complicações observadas quando passamos a utilizar as modificações propostas.

O germe mais freqüente isolado foi o *Staphylococcus aureus* (em 5 casos), seguido de *Pseudomonas aeruginosa* (em 3 casos) e *Aerobacter* e *Proteus* (1 caso de cada respectivamente).

O gráfico, a seguir descrito, é representativo da durabilidade do "shunt" artério-venoso, comparando-se as duas técnicas empregadas, onde, em ordenada, temos porcentagem de "shunt" por paciente e, em abscissa, tempo em dias. Observamos que a porcentagem de "shunts" colocados na técnica convencional é maior para os intervalos menores de dias, decrescendo progressivamente; a maior durabilidade para este grupo, em que utilizamos a técnica convencional (151-160 dias), ocorreu em 2,5% dos casos. Utilizando-se a técnica modificada, a durabilidade dos "shunts" foi maior, com uma freqüência de 9,3% dos casos para o intervalo de 200 a 300 dias, e 1,1% dos casos para o intervalo de 301 a 400 dias.

CONCLUSÃO

Nossos estudos levam-nos a concluir que, através das inovações introduzidas, obtivemos resultados significativamente favoráveis em uma implantação plena destas modificações técnicas.

F.M.R.P.U.S.P.

MODIFICAÇÃO TÉCNICA NA COLOCAÇÃO DE "SHUNT" DE SCRIBNER-QUINTON

faixa etária	SEXO		TOTAL
	MASC	FEM	
0 - 10	—	1	1
11 - 20	9	4	13
21 - 30	14	8	22
31 - 40	10	5	15
41 - 50	10	1	11
51 - 60	4	1	5
61 - 70	7	—	7
TOTAL	54	20	74

* De 1976 a julho de 1977.

ANO	SEXO		TOTAL
	MASC.	FEM.	
1971 - 1975	41	28	69
1976 - 1977*	54	20	74
diagnóstico			
ANO	I R A	I R C	TOTAL
1971 - 1975	16	53	69
1976 - 1977*	25	49	74

Tabela: Relação entre ANO, Nº PACIENTES e Nº DE "SHUNTS."

período	Nº PAC.	Nº SHUNT	m
1971 - 1975	69	109	1,56
1976 - 1977*	74	86	1,16

F.M.R.P.U.S.P.

MODIFICAÇÃO TÉCNICA NA COLOCAÇÃO DE "SHUNT" DE SCRIBNER-QUINTON
 NOSSA CONTRIBUIÇÃO, EXPERIÊNCIA E ESTUDO COMPARATIVO

TÉCNICA CONVENCIONAL	TÉCNICA MODIFICADA
Cânulas de "silastic" "REVERSA" ou "STANDART"	Cânulas de "silastic" RETAS
"Tips" e "connectors" de teflon	"Tips" e "connectors" de teflon
Ante-braço e região ínguino-crural	Ante-braço (1/3 médio e distal)
Anestesia local ou bloqueio	Anestesia local
Dissecção TOTAL dos vasos	Dissecção APENAS da face anterior
Exteriorização por contra-abertura	Exteriorização por contra-abertura com TÚNEL LONGO
Curativo simples	Curativo simples e TALA DE GESSO

F. M. R. P. U. S. P.

MODIFICAÇÃO TÉCNICA NA COLOCAÇÃO DE "SHUNT" DE SCRIBNER-QUINTON
 NOSSA CONTRIBUIÇÃO, EXPERIÊNCIA E ESTUDO COMPARATIVO

TÉCNICA MODIFICADA

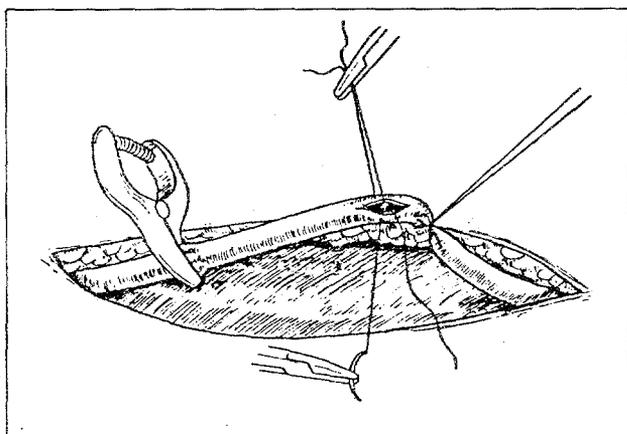


Figura A

TÉCNICA CONVENCIONAL

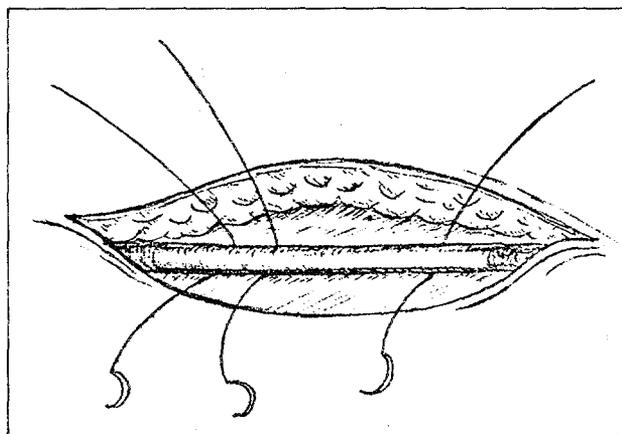


Figura A'

"SHUNT" DE SCRIBNER – QUINTON

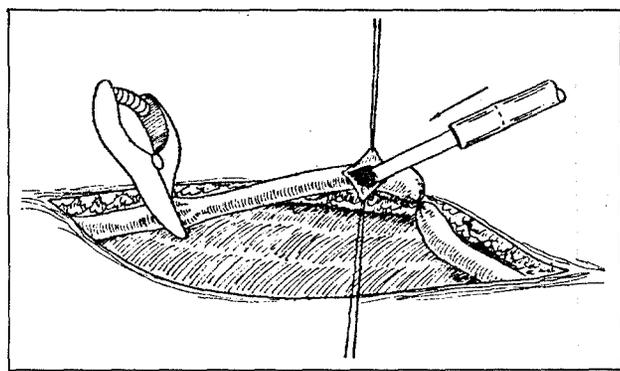


Figura B

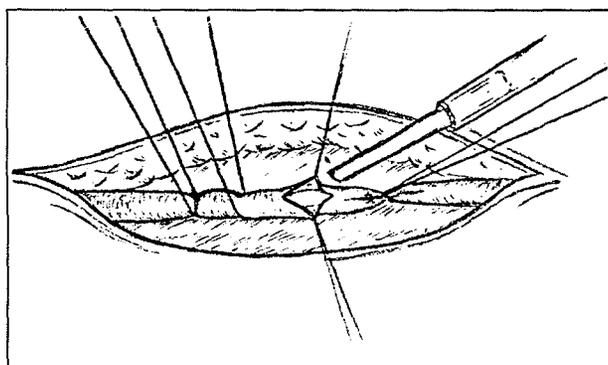


Figura B'

F.M.R.P.U.S.P.

MODIFICAÇÃO TÉCNICA NA COLOCAÇÃO DE "SHUNT" DE SCRIBNER-QUINTON

Tabela: Relação entre PERÍODO e Nº DE "SHUNT" POR PACIENTE

Nº shunts período	1 shunt	2 shunts	3 shunts	4 shunts	5 shunts	TOTAL
1971 – 1975	41 (59,4%)	20 (28,9%)	5 (7,2%)	2 (2,9%)	1 (1,4%)	109 shunts/ 69 pac.
1976 – 1977 +	68 (91,8%)	6 (8,10%)	2 (2,7%)	— —	— —	86 shunts/ 74 pac.

F.M.R.P.U.S.P.

MODIFICAÇÃO TÉCNICA NA COLOCAÇÃO DE "SHUNT" DE SCRIBNER-QUINTON

PERÍODO / COMPLICAÇÕES

	1971 – 1975	1976 – 1977
TROMBOSE	40 (36,6%)	10 (11,6%)
HEMORRAGIA	23 (21,1%)	13 (15,1%)
LINFORRAGIA	4 (3,6%)	— —
BAIXO FLUXO	17 (15,6%)	6 (6,9%)
DEISCENCIA	2 (1,8%)	3 (3,4%)
ÚLCERA/DECÚBITO	3 (2,7%)	— —
DESCONEXÃO	2 (1,8%)	2 (2,3%)
INFECÇÃO	16 (14,6%)	10 (11,6%)

MODIFICAÇÃO TÉCNICA NA COLOCAÇÃO DE "SHUNT" DE SCRIBNER-QUINTON

PERÍODO / COMPLICAÇÕES E NÃO-COMPLICAÇÕES

	COMPLICAÇÕES	NÃO-COMPLICAÇÕES	TOTAL
1971 — 1975	42 (38,5%)	67 (61,4%)	109
1976 — 1977	16 (18,6%)	70 (81,3%)	86

INFECÇÕES

Staphylococcus aureus	5
Pseudomonas aeruginosa	3
Aerobacter	1
Proteus	1
TOTAL	10 (11,6%)

BIBLIOGRAFIA

- 1) BOURQUELOT, P.; BRISSET, J.M. & VEILLON, B. Les abords vasculaires en hémodialyse. *Encycl. Méd. Chir.*, Paris. Techniques Chirurgicales (Vasculaires), 4.012, 43300.
- 2) BRESCIA, M.J.; CIMINO, J.E.; APPEL, K. & HURWICH, B.J. Chronic haemodialysis using venipuncture and a surgically created arteriovenous fistula. *New Engl. J. Med.*, 275:1089, 1966.
- 3) QUINTON, W.E.; DILLARD, D.H.; COLE, J.J. & SCRIBNER, B.H. Possible improvements in the technique of long term, canulation of blood vessels. *Trans. Amer. Soc. Artif. Int. Org.*, 6:60, 1960.
- 4) QUINTON, W.E.; DILLARD, D.H. & SCRIBNER, B.H. Canulation of blood vessels for prolonged hemodialysis. *Trans. Amer. Soc. Artif. Int. Org.*, 6:104, 1960.

válvula congênita de ureter

WILMAR CALIL MELO — RONALDO NAMI PEDRO — DIRCEU VIDOTTI — ANTÔNIO URT.

Da Faculdade de Medicina de Catanduva (SP).

INTRODUÇÃO

A válvula congênita de ureter é uma anomalia rara, confundível com dobra fisiológica do ureter, que tende a desaparecer com a idade. Por este motivo, torna-se difícil a sua casuística.

RELATO DO CASO

R. O., cor parda, 8 anos, masculino, apresentou-se em nosso Serviço em maio de 1977, com episódios intermitentes de lombalgia, polaciúria e disúria, referindo infecção urinária persistente, apesar de tratamento clínico. A urografia excretora evidenciou defeito de enchimento em ambos os bacinetes, sugerindo cálculos radiotransparente, estenose da junção ureteropélvica bilateral, defeito de enchimento tipo se tal no terço superior do ureter esquerdo e duas dobras no terço médio do ureter direito (fig. 1).

O paciente foi internado, e a seguir foi submetido a cistoscopia, com cateterismo ureteral bilateral e pielografia retrógrada, confirmando a presença de cálculos radiotransparente em ambos os bacinetes, estenose da junção ureteropélvica bilateral, principalmente à direita, septo bem definido no terço superior do ureter esquerdo, sugerindo válvula congênita de ureter, e duas dobras no terço médio do ureter direito (fig. 2). A uretrocistografia miccional foi normal, mostrando ausência de refluxo (fig. 3).

Foi submetido ao primeiro tempo cirúrgico, que constou de ressecção da parte superior do ureter esquerdo, cujo segmento englobava a válvula ureteral e a junção ureteropélvica, com retirada do cálculo. A seguir, foi efetuada pieloplastia pela técnica de Nesbit. O pós-operatório transcorreu sem anormalidade.

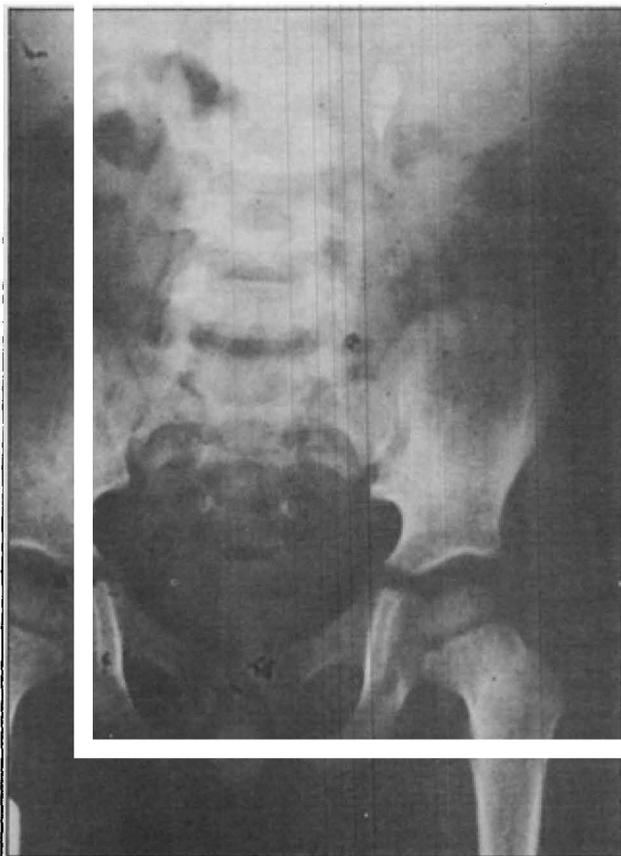


Fig. 1 — Urografia mostrando defeito de enchimento em ambos os bacinetes, estenose da J.U.P. bilateral, principalmente à D., septo no terço superior do ureter esquerdo.

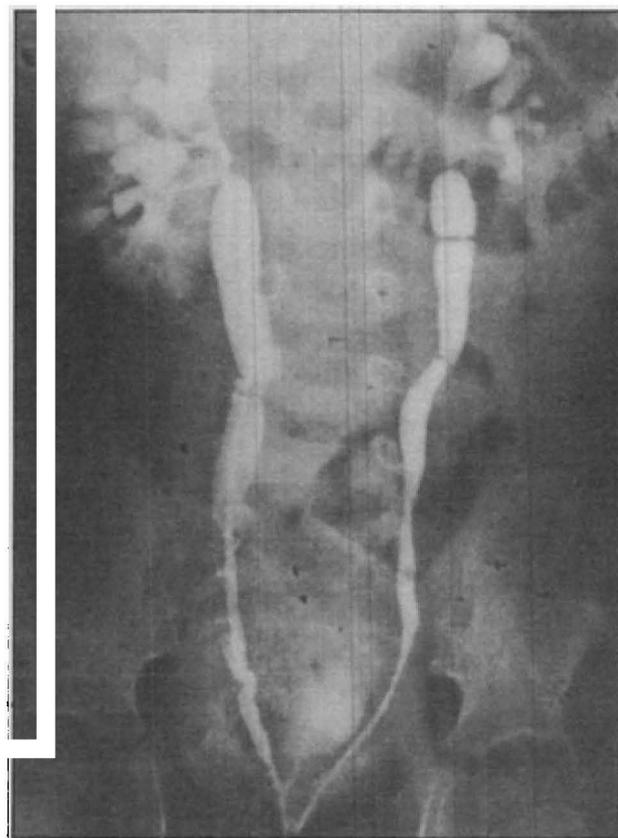


Fig. 2 — Pielografia retrógrada bilateral, confirmando a presença de cálculos radiotransparentes nos bacinetes, estenose da J.U.P. bilateral, dobras no terço médio do ureter D. e válvula no terço superior do ureter esquerdo.

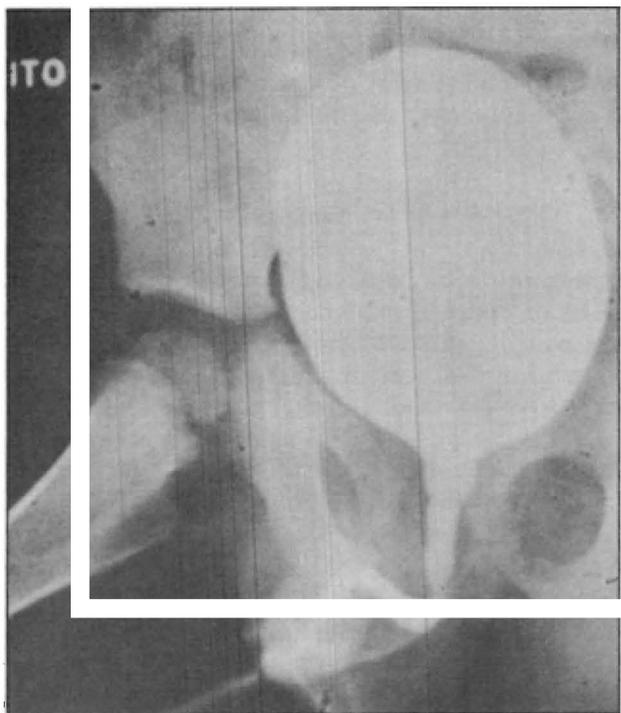


Fig. 3 — Uretrocistografia miccional normal.

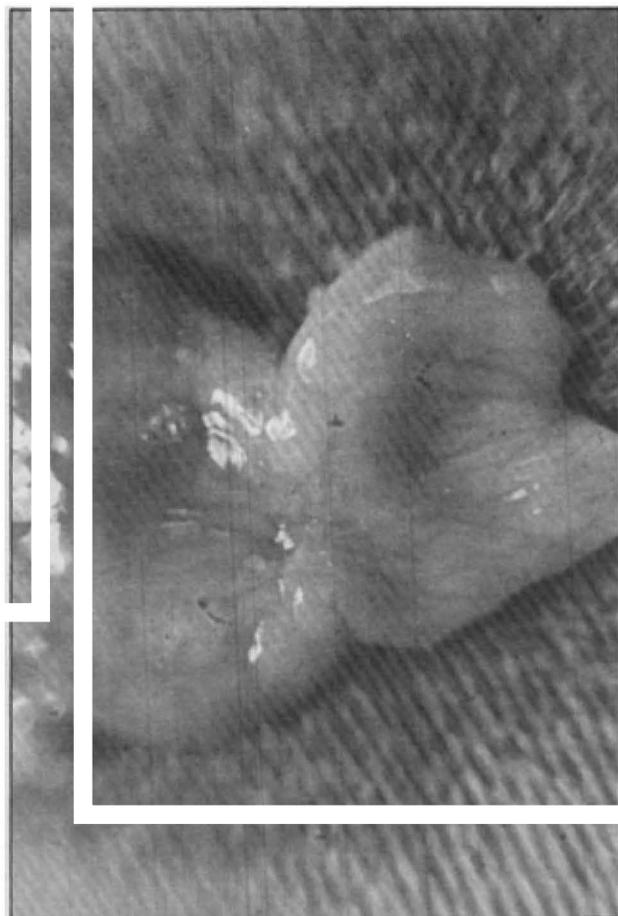


Fig. 5 — Cálculo retirado do bacinete e o segmento do ureter contendo a válvula.

Após 5 meses, o paciente apresentava-se em boas condições clínicas, sendo reinternado e submetido a pieloplastia direita e pielolitomia. O pós-operatório imediato e o tardio transcorreram sem anormalidades.



Fig. 4 — Dissecção do rim esquerdo e terço superior do ureter, evidenciando a válvula ureteral com dilatação a montante do ureter.



Fig. 6 — "Close" do segmento ureteral, demonstrando a presença da válvula.

VÁLVULA DE URETER

DISCUSSÃO

Em 1887, Wolfffer relatou uma dobra ureteral transversa em 20 de 100 ureteres de recém-nascidos examinados em autópsia. Alguns destes casos apresentavam obstrução à passagem de um cateter. Estas dobras se apresentavam exclusivamente no terço superior do ureter.

Em 1879, Englisch apresentou uma série mais substancial, demonstrando que a presença destas dobras poderia ser por alterações fisiológicas atribuídas ao crescimento diferente entre o ureter e o corpo da criança. Ou seja, no início da gestação, o ureter cresce mais rapidamente do que o corpo da criança, tornando-o redundante.

Ostling, em 1942, examinou os ureteres de 40 recém-nascidos e 10 crianças no primeiro ano de vida, caracterizando a diferença entre dobra fisiológica do ureter e válvula ureteral congênita. Observou que, nas crianças no primeiro ano de vida, estava presente abundante tecido muscular, com um eixo de adventícia formando uma dobra bem caracterizada, estreitando a luz ureteral, definindo a válvula congênita do ureter, o que não acontecia com os ureteres dos recém-nascidos, os quais não apresentavam feixes musculares redundantes, com adventícia axial.

Em nosso caso, parecem existir as duas alterações. Ao nível do terço médio do ureter direito, há a presença de duas dobras fisiológicas do ureter, enquanto que, no ureter esquerdo, há a presença de uma dobra anatomicamente bem definida, constituindo uma válvula ureteral congênita no terço superior, determinando obstrução a montante.

A etiologia da válvula ureteral verdadeira não está definitivamente esclarecida. A persistência da membrana de Chwalla tem sido usada para explicar a presença de válvulas congênitas no ureter distal.

Wall e Wachter propuseram o seguinte critério para avaliar a autenticidade da válvula ureteral congênita:

- 1) Septo transverso anatomicamente demonstrável de mucosa ureteral, contendo feixes de fibras musculares lisas.

- 2) Alterações de patologia obstrutiva acima da válvula, com ureter normal abaixo da mesma.

- 3) Nenhuma outra evidência de obstrução funcional ou mecânica.

Usando este critério, apenas 18 casos foram relatados na literatura, até 1976.

RESUMO

Os autores fazem uma revisão da literatura e apresentam o 19º caso de válvula congênita do ureter. As diferenças entre dobra fisiológica do ureter e válvula ureteral congênita são comentadas. Como esta diferença às vezes torna-se difícil, os autores descrevem os critérios de Wall e Wachter para avaliação da autenticidade da válvula. Este caso teve oportunidade de mostrar simultaneamente dobra fisiológica no ureter direito e válvula congênita verdadeira no ureter esquerdo. E o tratamento cirúrgico com ressecção do ureter e pieloplastia ofereceu bom resultado.

SUMMARY

The authors present the 19th case of congenital ureteral valve and a review of literature is done.

The differences between physiologic folds and congenital ureteral valves are commented. As these differences are sometimes difficultly available, the Wall and Wachter's criteria for the evaluation of authenticity of the congenital valve are described. The physiologic folds and congenital ureteral valve are present in this case. Surgical treatment by the ureteral resection and pyeloplasty had a good result.

BIBLIOGRAFIA

- ALVES, G. C., MOURTHE FILHO, A. & CERRI, C. R. *J. Bras. Urol.*, 3:52, 1977.
- ENGLISCH, T. *Deutsche Ztschr. f. Chir.*, vol. 2, 1879.
- MERING, J. H., STEEL, J. F. & GITTES, R. F. *J. Urol.*, 107: 737, 1972.
- OSTLING, K. *Acta Scand.*, 86: suppl. 72, 1942.
- SEITZMAN, D. M., MONTERO, G. G. & MIELL, A. J. *J. Urol.*, 101: 152, 1969.
- WALL, B. & WACHTER, H. E. *J. Urol.*, 68: 684, 1952.
- WOLFFER, J., *Arch. Klin. Chir.*, 21: 694, 1877.

utilização pouco comum da alça intestinal em cirurgia urológica: uretero-ileoplastia, ileocistoplastia e pielocolostomia cutânea

MOACYR FUCS — EMÍLIO ATHIÉ — MANOEL T. HIDAL
Da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (SP).

A alça intestinal exclusiva tem sido grandemente utilizada como método de derivação urinária preferencial desde que Bricker, em 1950, padronizou os tempos cirúrgicos, utilizando o íleo terminal. Posteriormente, Mogg substituiu o íleo terminal pelo sigmóide, com resultados muito satisfatórios.

Em determinados pacientes pode ser necessário substituir parcial ou totalmente um ou ambos os ureteres por alça intestinal. Da mesma forma, alças intestinais exclusivas podem ser utilizadas em cirurgias ampliadoras da capacidade vesical. Em nosso meio, contudo, estas cirurgias não são indicadas rotineiramente, havendo poucos trabalhos a respeito na literatura nacional, motivo pelo qual achamos de interesse a comunicação dos três casos seguintes:

Caso 1: M.J.S., 42 anos, parda, brasileira, casada. Em 20/5/71, foi submetida a histerectomia total, por apresentar carcinoma de colo uterino grau II. Desde o pós-operatório imediato, apresentou incontinência urinária; concomitantemente, tinha micções normais. Urografia excretora mostrou estase urinária no ureter direito, observando-se estenose ureteral a cerca de 5cm acima do contorno vesical. Feito o diagnóstico de lesão ureteral e fístula uretero-vaginal secundária, a paciente foi operada, tendo sido feita uma neoureterocistostomia, com plástica de Boari, porém em condições pouco satisfatórias de anastomose, devido ao intenso processo inflamatório. Em 21/6/71, observou-se uma fístula urinária externa; nova urografia, realizada 20 dias depois, mostrou estase urinária persistente. A paciente foi reoperada, através de uma laparotomia exploradora, tendo sido interposta uma alça exclusiva de íleo terminal entre o ureter e a bexiga. Apresentou boa evolução no pós-operatório imediato. Presentemente, apresenta-se assintomática, porém com uroculturas positivas (acima de 1.000.000 — col/ml).

Caso 2: O.F.N., 27 anos, branco, brasileiro, solteiro, procedente de Itabuna (Bahia).

Em janeiro de 1973, apresentou-se no Ambulatório, com queixa de hematúria, polaciúria e disúria há 1 ano. O exame físico mostra paciente em regular

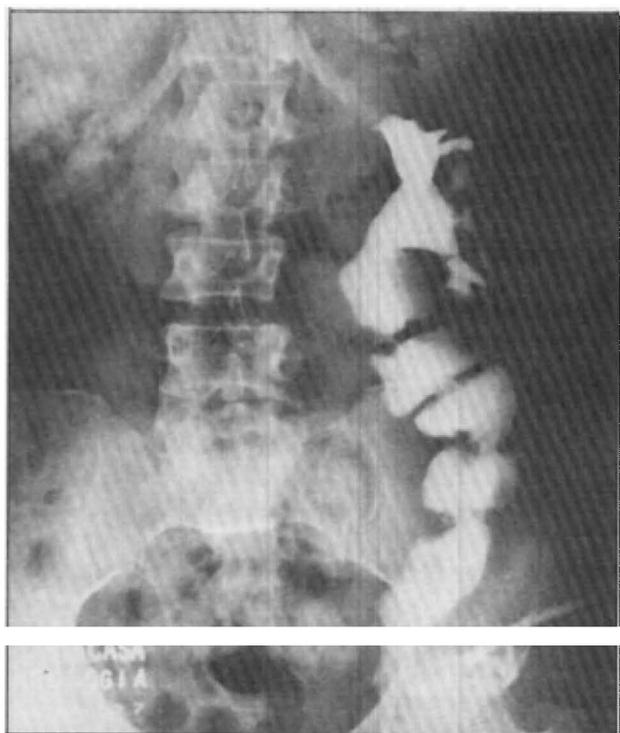
estado geral, normotenso e corado. Apresentava rim esquerdo palpável e doloroso. Não tinha urina residual, mostrando o toque retal uma próstata normal. Urina I mostrou leucocitúria abundante e hematúria. A urocultura mostrou infecção urinária por *E. Coli* (acima de 1.000.000 col/ml). Realizados hemograma, uremia, creatinina, protoparasitológico de fezes, ionograma e RX de tórax, que foram normais. A reação de Mantoux (P.P.D.) a 1/1000 mostrou pápula com 15mm de diâmetro. A urografia excretora evidenciou aumento do contorno renal e exclusão renal à esquerda. Realizada pielografia ascendente, verificou-se a presença de múltiplas estenoses ureterais e grande dilatação de cálices e bacinete, sendo a imagem radiológica altamente sugestiva de tuberculose renal. Realizada a nefruretrectomia esquerda, o anátomo-patológico confirmou a impressão diagnóstica, tendo o paciente sido submetido a esquema tríplice por 2 anos. Em novembro de 1975, começou a apresentar polaciúria e disúria intensas, sendo obrigado a urinar de 10 em 10 minutos. Foi submetido a nova urografia, que mostrou contratura da capacidade vesical e destruição da próstata, bem como hidronefrose à direita, por estenose de junção uretero-vesical.

A uretrocistografia miccional mostrou, além dos dados obtidos pela urografia, refluxo vésico-ureteral completo.

Feito então o diagnóstico de contratura cicatricial da bexiga e refluxo vésico-ureteral, com estenose de junção uretero-vesical, foi proposto ao paciente uma uretero-ileostomia cutânea; contudo, o paciente recusou submeter-se a qualquer tipo de derivação urinária externa.

Nestas condições, foi submetido a uma cirurgia, que visava ampliar sua capacidade vesical, através da anastomose da bexiga com uma alça ileal com cerca de 15cm de comprimento. Com a mesma alça, foi feita uma anastomose látero-lateral ao ureter, visando o tratamento da estenose ureteral.

O paciente teve um pós-operatório satisfatório, retirando-se a sonda vesical no 15º dia. Gradativamente, o intervalo entre as micções foi aumentando; atualmente, urina de 4/4 horas.



Os exames radiológicos realizados mostraram que não houve piora da estase urinária à direita, apesar da persistência do refluxo vésico-ureteral (fig. 1). Presentemente, encontra-se sem infecção urinária e totalmente assintomático.

Caso 3 — A. M. S., 57 anos, branco, brasileiro, casado, procedente de Franca (S. P.).

Em 1952, após trabalho de parto prolongado, foi submetida a fórceps, para retirada de feto morto. Logo após, começou a apresentar incontidência urinária e fecal. Exames clínicos da paciente mostraram grande fistula reto-vésico-vaginal, com destruição da uretra. A urografia excretora, feita na ocasião, mostrou exclusão renal direita, com grande aumento de volume renal. Na ocasião, foi submetida a nefrectomia à direita e uretrossigmoidostomia à esquerda. Contudo, a paciente permaneceu com incontidência urinária e fecal, por apresentar destruição da esfíncter anal. Em 1973, a paciente foi submetida a uma ureterostomia cutânea para poder permanecer com coletor de urina instalado. Permaneceu bem durante 3 anos. Em 1976, começou a apresentar dor lombar à esquerda, com infecção urinária persistente e piúria acentuada. Realizada uretero-pielografia, constatou-se estenose de junção pieloureteral e hidronefrose, com indicação cirúrgica. No ato operatório, constatou-se processo inflamatório intenso, com fibrose periureteral, não possibilitando anastomose adequada. Optou-se então por interposição do cólon descendente entre o bacinete e a pele, e pra-

ticou-se uma nefrostomia de drenagem. No 14º dia de pós-operatório, foi retirada a nefrostomia, passando a urina a sair pela colostomia.

Atualmente, 16 meses após a cirurgia, a paciente permanece assintomática, sem infecção urinária e com níveis plasmáticos normais de uréia e creatinina. O exame radiológico ascendente mostra desaparecimento de hidronefrose (fig. 2). Por outro lado, a saída da colostomia apresenta-se bem saliente, de modo a não permitir extravasamento urinário através da bolsa coletora.

RESUMO

São apresentados 3 casos de utilização de alça intestinal exclusiva em cirurgias pouco habituais. Note-se que nos 2 últimos casos, apesar da gravidade clínica, a cirurgia trouxe grandes benefícios aos pacientes. Baseado nestes casos, acreditamos que, com o emprego judicioso de alça intestinal exclusiva, muitas nefrectomias e nefrostomias definitivas poderiam ser evitadas.

SUMMARY

Three cases of enteroplasty are presented, with very good results in two cases. By employing this technique, the A. A. believe many nephrectomies or nephrostomies should be avoided.

N. da R. — Acompanha o artigo uma Bibliografia, constando de seis citações, não publicada por não se enquadrar nas normas do JBU.
Os interessados poderão dirigir-se diretamente aos autores.

transuretero-ureterostomia

ANUAR M. MALULI — AFIZ SADI.
Da Escola Paulista de Medicina (SP).

Os autores apresentam sua experiência com a transuretero-ureterostomia, realizada em 14 pacientes nos últimos 7 anos.

Desses 14 casos, a idade variava de 28 anos a 60 anos, sendo 12 do sexo feminino e 2 do sexo masculino.

A tabela 1 mostra um quadro global das patologias que levaram a este tipo de cirurgia, como também o tempo do controle radiológico.

A lesão ureteral foi unilateral em 11 casos e bilateral em 3 casos, sendo que 13 casos apresentavam estenose ureteral e 3 casos fístula uretero-vaginal.

Como lesões associadas, 2 pacientes apresentavam fístula vésico-vaginal e 2 pacientes fístula reto-vaginal.

A técnica utilizada foi a T.U.U.T término-lateral, 11 casos; T.U.U.T + Boari em 2 casos e T.U.U.T + uretero-cistoneostomia, 1 caso.

Como cirurgias associadas, em 2 casos, fechamento de fístula vésico-vaginal; 1 caso, fechamento de fístula reto-vaginal; 1 caso, histerectomia total e 1 caso, nefrostomia bilateral.

Como complicações imediatas, 3 casos apresentaram pielonefrite aguda; 4 casos, extravasamento de urina por menos de 3 dias; 1 caso, fístula uretero-abdominal; 1 caso, obstrução ureteral.

Os controles radiológicos foram realizados num tempo mínimo de 21 dias e máximo de 5 anos e 2 meses, ocorrendo melhora em 12 casos e inalterados 2 casos.

Concluem os autores que a transuretero-ureterostomia poderá substituir outras operações sobre o ureter, tais como as interposições de alça intestinal, com melhores resultados cirúrgicos e funcionais.

TABELA I

Nº	IDENTIF.	IDADE	SEXO	DIAGNÓSTICO	OPERAÇÃO	CLÍNICA	CIRURGIA	RADIOL.	EVOLUÇÃO
1	A.M.A.	36	F	Estenose ureter D (cesárea + histerectomia)	T.U.U.T	Assint.	Bom	Bom	5 m.
2	M.R.C.	48	F	Estenose ureter D fist. uretero-vaginal e pós-Wertheim	T.U.U.T + Boari	Assint.	Bom	Bom	25 dias
3	B.C.S.	51	F	Estenose ureter D pós-Wertheim + radioterapia.	T.U.U.T	Assint.	Bom	Bom	4 m.
4	M.L.M.	43	F	Físt. uretero-pélvica E + flegmão urinoso pós-exérese cisto de ovário	T.U.U.T	Assint.	Bom	Bom	23 m.
5	M.L.F.A	37	F	Estenose ureter E + físt. vésico-vaginal e reto-vaginal pós-forceps	T.U.U.T + fech.físt. vésico-vaginal	Assint.	Bom	Bom	11 m.
6	A.M.J.	60	F	Físt. uretero-vaginal e pós-Wertheim + colpectomia Ca vagina	T.U.U.T	Assint.	Bom	Bom	2 m.
7	M.B.S.	36	F	Ligadura ureter D pós-cesárea + histerectomia	T.U.U.T	Assint.	Bom	Bom	4 a 8 m

TRANSURETERO-URETEROSTOMIA

TABELA II

E.A.K.	31	F	Estenose ureter D por Ca útero	T.U.U.T	Assint.	Bom	Bom	10m.
J.J.F.	28	F	Estenose ureter e fist. vésico-vaginal e reto-vaginal pós-cesárea	T.U.U.T + histerectomia + fech.fist.	Assint.	Bom	Bom	5 a 2m.
M.C.F.	34	F	Estenose ureter bil. pós-Wertheim + radioterapia	T.U.U.T + Boari + nefrot. bilat.	Sint.	Reg.	Mau	8m.
M.B.R.P.	50	F	Estenose ureter D pós-cirurg. tumor vascular pequena bacia	T.U.U.T	Assint.	Bom	Bom	2a.
O.M.O	47	F	Estenose ureteral D pós-cirurg. Ca ovário	T.U.U.T	Bom	Bom	Bom	9m.
M.X.S.	27	M	Estenose ureteral bil. pós-uretero-cistoneostomia	T.U.U.T + uretero-cistoneostomia E	Bom	Bom	Bom	11m.
O.J.O.	34	M	Estenose ureteral D pós-Hodgkin	T.U.U.t	Mau	Mau	Mau	2m.

refluxo vésico-ureteral

plástica anti-refluxo pela técnica glenn-anderson, aprimoramento e resultados

NEILTON G. PRADO — OSNIR C. SILVEIRA
Da Escola de Medicina e Cirurgia (Univ. Fed. Uberlândia).

Doze ureteres, que apresentavam variados graus de refluxos urinários e de calibres, foram operados pela técnica do avanço ureteral, esta técnica aprimorada, permitindo assim sua indicação em todos os casos de refluxo. Destes casos operados, apresentaram 92% de sucessos cirúrgicos e 90% de sucessos bacteriológicos.

O refluxo vésico-ureteral, até há pouco tempo desconhecido como responsável pelas pielonefrites recorrentes na infância, é uma patologia cujos estudos e correções têm sido considerados como uma das mais importantes contribuições médico-cirúrgicas nos últimos anos.

O diagnóstico, significado e terapia apropriada do refluxo vésico-ureteral pediátrico são um assunto até então rico em controvérsias e interesses fisiopatológicos.

Parece, segundo estudos passados e atuais, que os casos dos refluxos urinários são devidos à fraqueza das estruturas musculares, que suportam o ureter intramural, principalmente desaparecendo o suporte muscular posterior, desaparecendo assim a obliquidade ureteral.

Experimentalmente, pode observar-se também que a junção uretero-vesical funciona como uma válvula passiva, cuja eficiência dependerá do comprimento do ureter intramural e a massa muscular em que este segmento repousa.

Estudos mais recentes sobre a etiologia do refluxo tentam demonstrar a importância da anatomia e fisiologia do trígono.

De modo geral, sabe-se que os mecanismos normais valvulares anti-refluxo fundamentam em: 1 — A passagem oblíqua do ureter através da musculatura vesical. 2 — A extensão do ureter intramural/submucoso. 3 — Fixação da musculatura do trígono e de seus componentes à base da bexiga.

Fundamentalmente, há 2 tipos de refluxos vésico-ureterais: o primário, que é o mais comum, ocorre devido a defeitos congênitos da junção uretero-vesical, ocorrendo comumente nestes casos a lateralização do meato ureteral.

O refluxo secundário ocorre por diferentes etiologias: defeitos anatômicos e doenças que interferem no delicado mecanismo valvular, como nos casos de obstruções do colo vesical, infecções, lesões iatrogênicas e disfunções neurológicas da micção.

Se há suspeita de refluxo vésico-ureteral em um determinado caso clínico, a sua confirmação deverá ser insistente, esgotando os meios diagnósticos dis-

poníveis. Refluxo por si, sem infecção urinária, leva a alterações anatômicas e funcionais do rim. Entretanto, quando ocorre infecção e refluxo, a destruição do parênquima renal e a subsequente da função será mais rápida.

As obstruções baixas não levam ao refluxo vésico-ureteral, porém é reconhecido que, nos casos de meninas com infecções urinárias, refluxo e estenose ureteral, a correção cirúrgica desta levará ao desaparecimento dos outros.

A interpretação e conduta terapêutica do refluxo vésico-ureteral dependerão da sua magnitude e do estado anatômico do trato superior e da presença de infecções, com ou sem obstruções. Sabe-se que nem todos os casos de refluxo vésico-ureteral devem ser tratados primariamente por métodos cirúrgicos e que a indicação cirúrgica se baseia no estagiamento da doença, quadro clínico e alterações morfofuncionais do trato urinário alto.

Para o tratamento cirúrgico, há várias técnicas descritas, podendo, porém, ser divididas em dois grupos: um, que se baseia na anastomose uretero-vesical simplesmente, término-terminal; outro, que se preocupa com os mecanismos anti-refluxos, procurando uma anastomose valvular. Nas técnicas anti-refluxo, há os procedimentos intravesicais, extravesicais e os combinados. Todas estas técnicas procuram obedecer aos princípios de um adequado túnel submucoso para o ureter intramural, e reimplantá-lo em estruturas musculares do trígono ou onde a massa muscular for mais consistente.

As técnicas mais empregadas são: as intravesicais de Politano-Leadbetter, Glenn-Anderson, as extravesicais Arap-Cabral-Gregoir e as combinadas de Paquim.

A técnica do avanço ureteral foi primariamente descrita por William, depois por Hutch e, por fim, Glenn-Anderson.

TÉCNICA

Paciente, com a bexiga previamente cheia de solução salina, é colocado em posição supina, com um

pequeno coxim na região lombossacra. Incisão transversal no hipogástrio elevado pelo coxim, coincidindo com a prega cutânea, incisão transversa na aponevrose, ocasionalmente em "T", afastada a musculatura abdominal e abordagem do espaço perivesical e bexiga. Com o mínimo de estruturas lesadas, chega-se à bexiga, que é aberta, colocados os afastadores infantis e feito o estudo minucioso de seus componentes.

O primeiro passo para a cirurgia principal é o reconhecimento e cateterização do meato e respectivo ureter (fig. 1).

A localização e cateterização, às vezes, é dificultada nos casos de estenose do meato ureteral, hipertrofia e trabeculações vesicais. A cateterização com um cateter de nelaton nº6—8 F auxiliará sua dissecação, como também orientará sobre suas relações anatômicas. Em seguida, 2 pontos de catgut 4—0, transfixando o meato ureteral, pontos opostos (fig. 2). Tracionando-os juntamente com o cateter ureteral, pode-se iniciar a liberação do ureter. Com um bisturi de lâmina curva (lâmina 15), inicia-se com corte circular na mucosa, 2 a 3 mm abaixo do meato.

A liberação da mucosa tem que ser extensa, para perfeita sutura posteriormente; para isto, sempre o ureter tracionado, utiliza-se uma tesoura de ponta romba, usada em neurocirurgia (fig. 4). Dissecada a mucosa, libera-se o ureter da massa muscular, com o mesmo procedimento anterior (fig. 5); durante esta dissecação, podem ocorrer maiores sangramentos, mas o simples tamponamento é suficiente. Preferimos não usar eletrocoagulação, por causa da desvitalização e posterior fibrose ureteral.

Percebe-se, na dissecação do ureter, que se está no espaço perivesical, porque a dissecação torna-se mais fácil e a mobilização do ureter é mais simples, podendo-se assim tracioná-lo e seccioná-lo o suficiente para reduzir as dimensões de um dólco-ureter (fig. 6).

Se o ureter estiver muito próximo ao trígono ou ao colo vesical, pode-se então cortar a musculatura vesical no sentido cranial (fig. 7), alongando assim o leito e o respectivo túnel submucoso.

Com catgut cromado 4—0, sutura-se a musculatura vesical, pontos separados; geralmente 1 só plano é suficiente (fig. 8). Os últimos pontos transfixam o ureter (figs. 8, A e B); e a musculatura vesical; o cuidado que se deve tomar é não estrangular o ureter neste tempo.

Com auxílio de uma pinça vascular, mister faz-se a dissecação da mucosa no sentido distal, para fixar o ureter em bases musculares.

Retira-se o cateter, com auxílio dos fios transfixantes do meato ureteral (fig. 9), passa-se o ureter pelo túnel submucoso recém-construído.

Naqueles casos em que foi necessário seccionar cranialmente a musculatura vesical, o túnel será coberto em sua maior extensão pela mucosa suturada e não pela íntegra, como é a regra (fig. 10).

O ureter passado pelo túnel, secciona-se sua extremidade distal, espatulando-o ou não, neste caso uma abertura lateral (fig. 11).

Sutura-se a extremidade ureteral à mucosa com catgut 4—0, invertendo a mucosa como um "cuff" (fig. 12).

Finalizando, sutura-se a mucosa com o mesmo fio (pontos transfixantes) ao ureter; é colocado um cateter ureteral, exteriorizando-se pela uretra nas meninas e pela parede abdominal nos meninos.

SÉRIE CLÍNICA

Foram submetidos a este tratamento cirúrgico, segundo a técnica descrita, 9 pacientes, num total de 12 ureteres, crianças cujas idades variaram de 3 meses a 8 anos (figs. 16-1, 16-2), sendo 7 meninas e 2 meninos, sendo nestes dois bilaterais. Dos dois pacientes que apresentavam megaureteres, um possuía válvula de uretra posterior e megaureteres primários e outro também megaureteres primários e refluxo bilateral, o que não acontecia com o primeiro. Em ambos, não foi necessária a modelagem ureteral (fig. 17).

Quatro casos com história clínica de pielonefrite recorrente, com tempo de doença variando de 4 meses a 6 anos, até o tratamento cirúrgico corretivo. Das sete meninas, 5 apresentavam estenoses uretrais, sendo submetidas a uretrotomias, porém, sem resultados clínico-morfológicos; destas, 4 apresentavam sinais radiológicos de danos renais. Duas meninas eram gêmeas não univitelinas, sendo que uma apresentava refluxo à direita e a outra à esquerda (fig. 18).

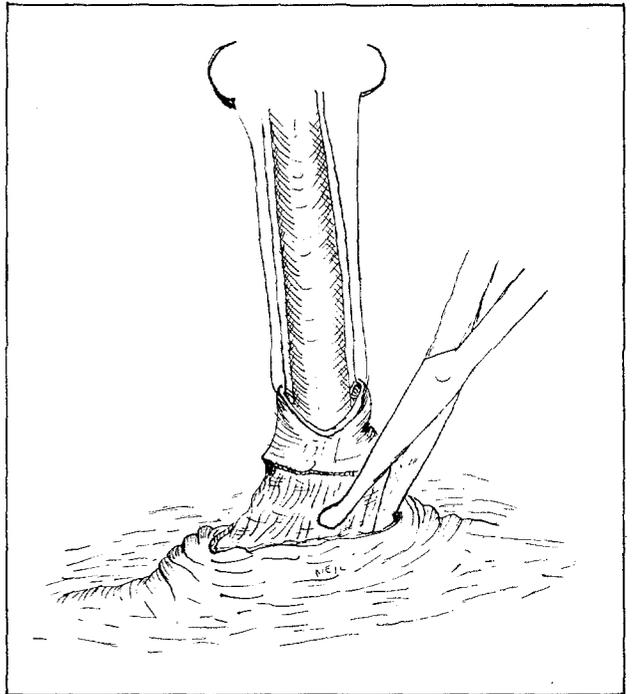
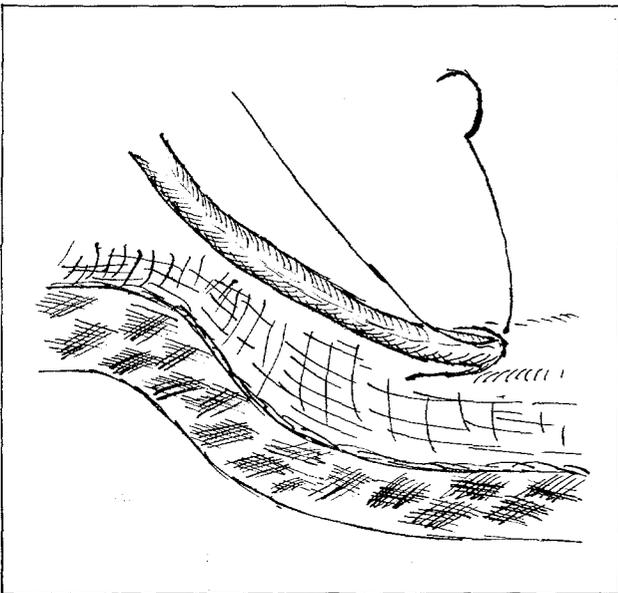
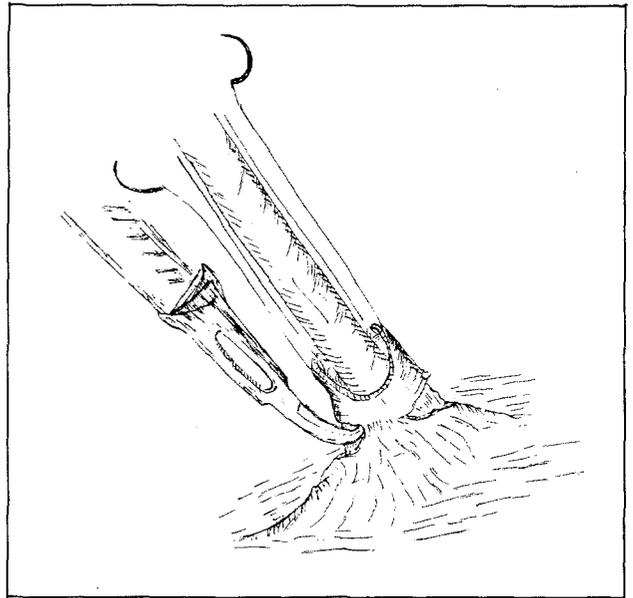
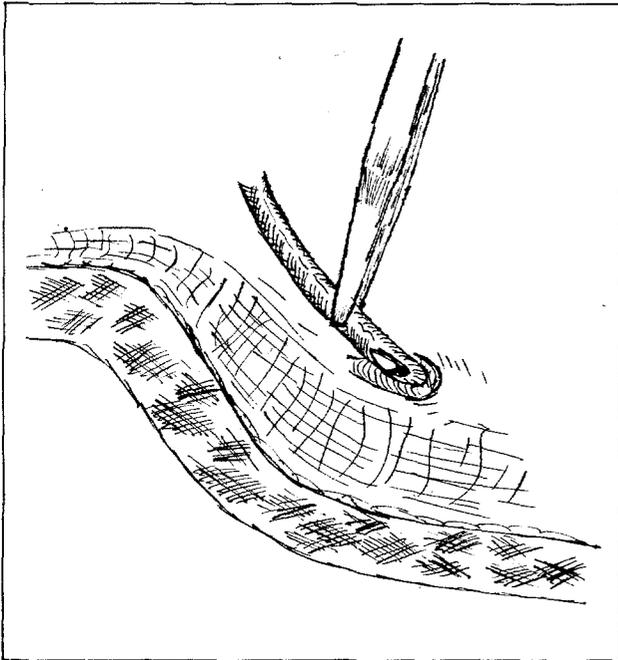
Na urografia excretora, 48% apresentavam dilatações ureterais, a infecção urinária estava presente em 90% dos pacientes e 50% apresentavam meatos patológicos (morfologia e topografia). O seguimento destes doentes variou de 8 meses a dois anos; algumas crianças, não foi possível o controle radiológico pós-operatório (duas crianças), por recusa dos pais devido à melhora clínica. Uma criança, 6 meses depois apresentou refluxo do outro ureter, não operado.

A leucocitúria desapareceu nos 6 meses pós-cirurgia; em 92% dos casos, observou-se que quanto maior o tempo de tratamento clínico até a cirurgia corretiva, maior será o tempo de leucocitúria pós-operatória. Uma das crianças, que ficou sob tratamento clínico durante 5 anos, após a cirurgia apresentou leucocitúria por 16 meses.

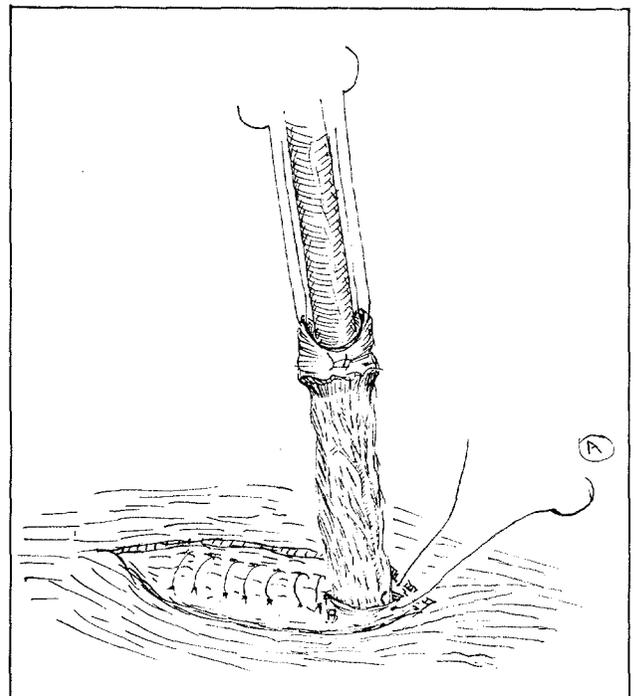
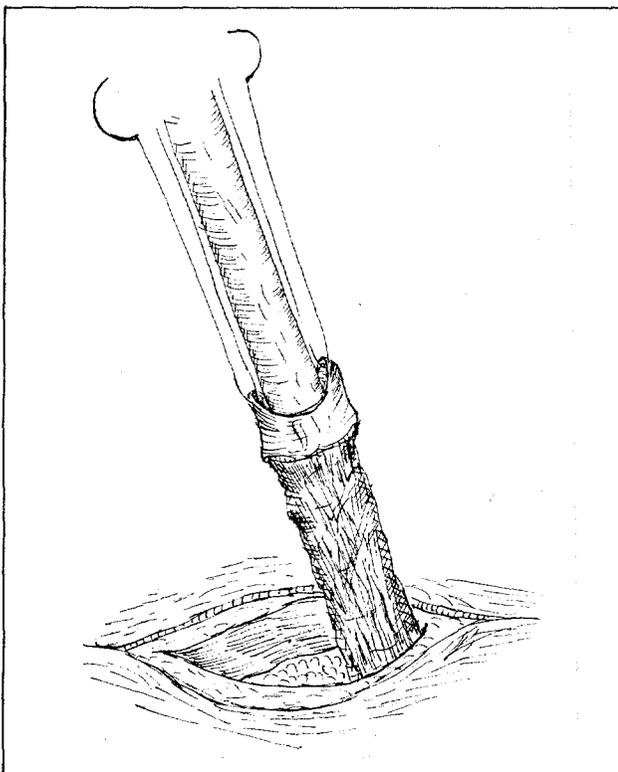
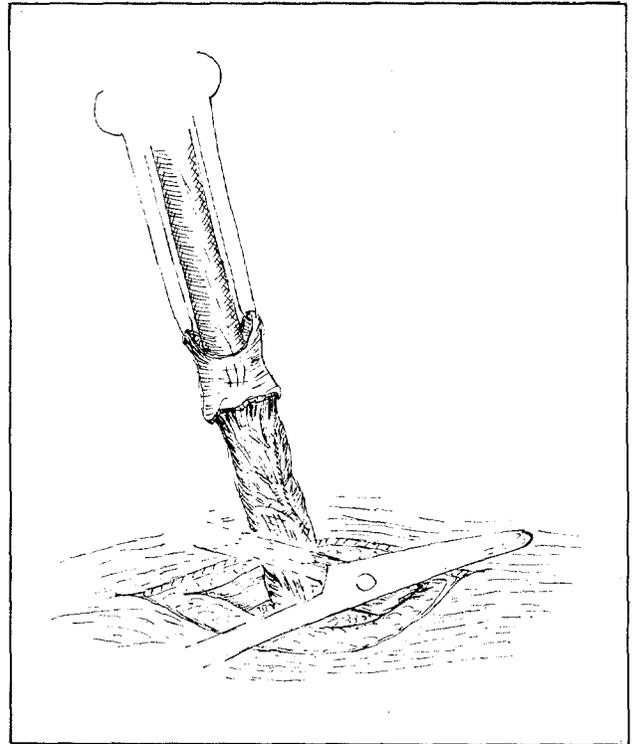
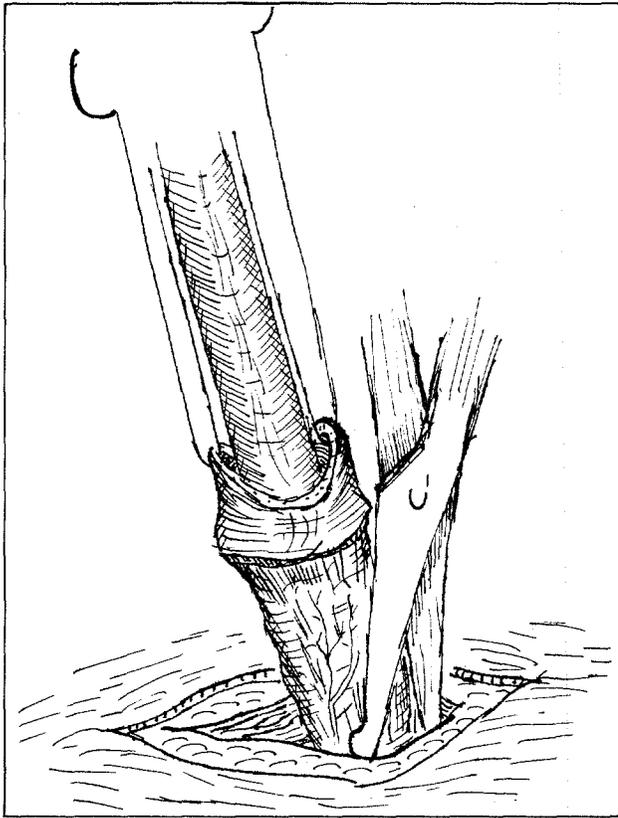
Nesta pequena série de casos, houve 92% de sucesso cirúrgico, com o desaparecimento do refluxo

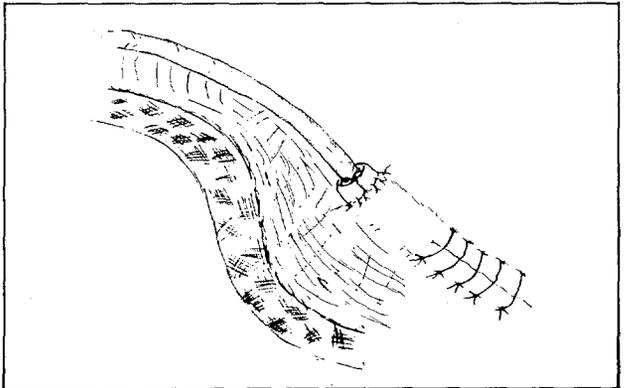
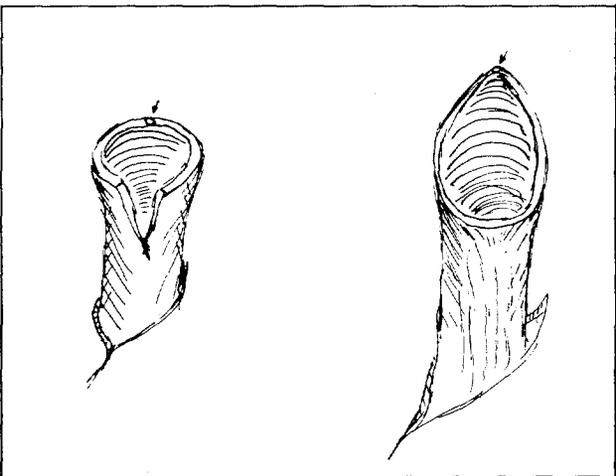
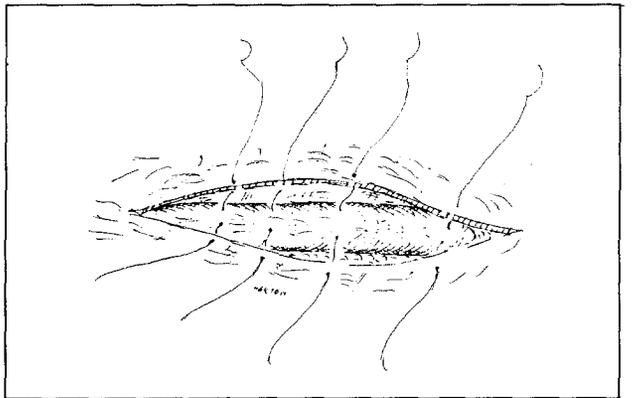
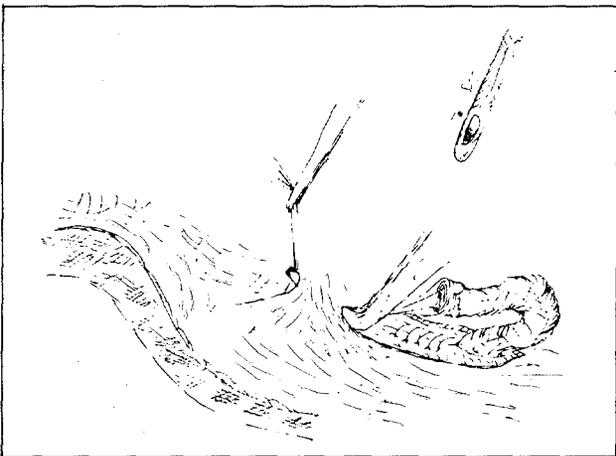
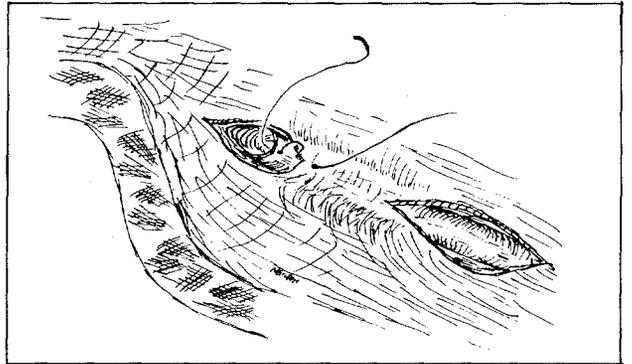
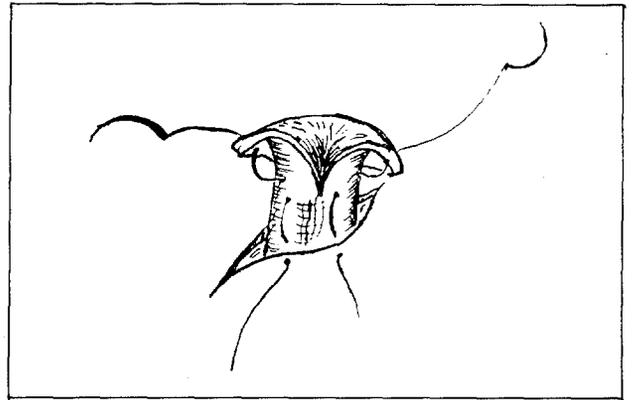
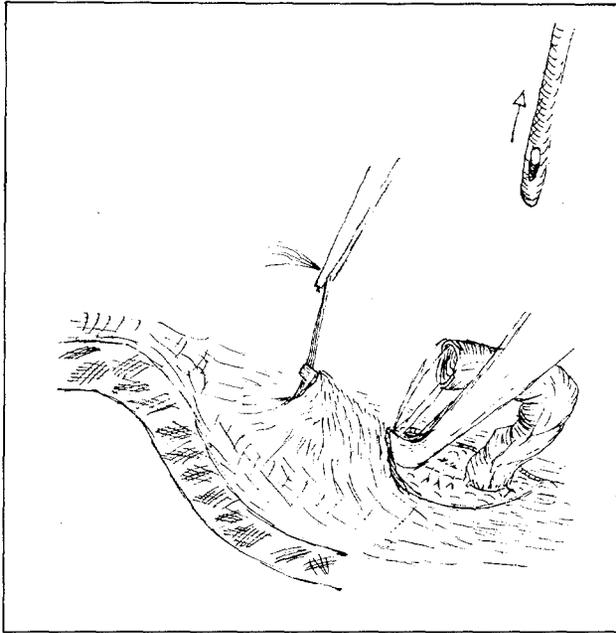
vésico-ureteral e a melhora ou estabilização do dano renal. Não houve nenhum caso de recidiva do refluxo; em um caso de megaureter, onde não havia refluxo, apareceu refluxo secundário posterior à cirurgia do reinplante ureteral. Este caso apresentava hipoplasia do trígono e estenose congênita de ambos os meatos. Na presente série, não foi necessário fazer derivações urinárias pré-operatórias.

Naqueles casos em que houve necessidade de intervenção bilateral, o procedimento cirúrgico é o mesmo, faz-se em um só tempo. O cateter uretral é retirado, em média, no 3º dia de pós-operatório e a sonda uretral no 6º P.O., recebendo o paciente alta em seguida. Em um caso, tivemos, 8 meses após a cirurgia, estenose uretral, que resolveu bem só com dilatação uretral.



REFLUXO VÉSICO-URETERAL





REFLUXO VÉSICO-URETERAL

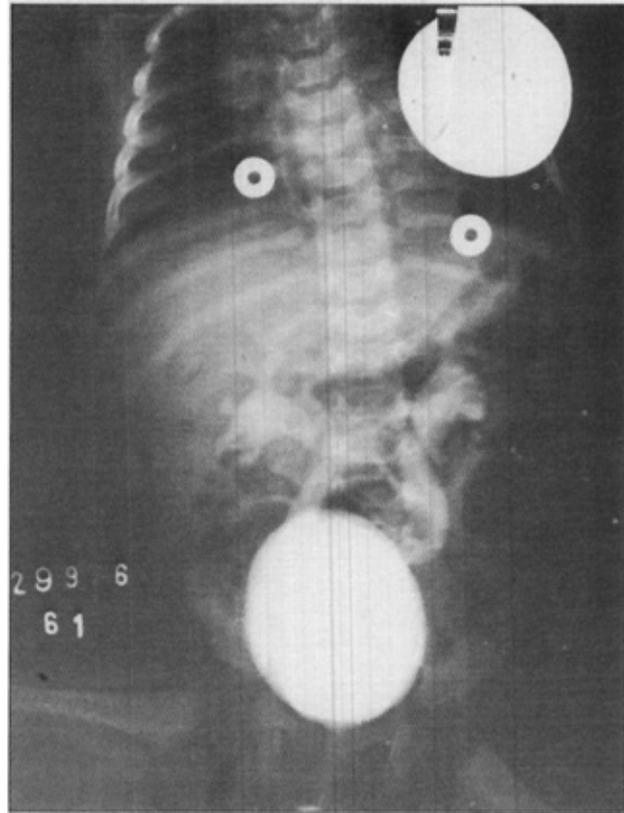
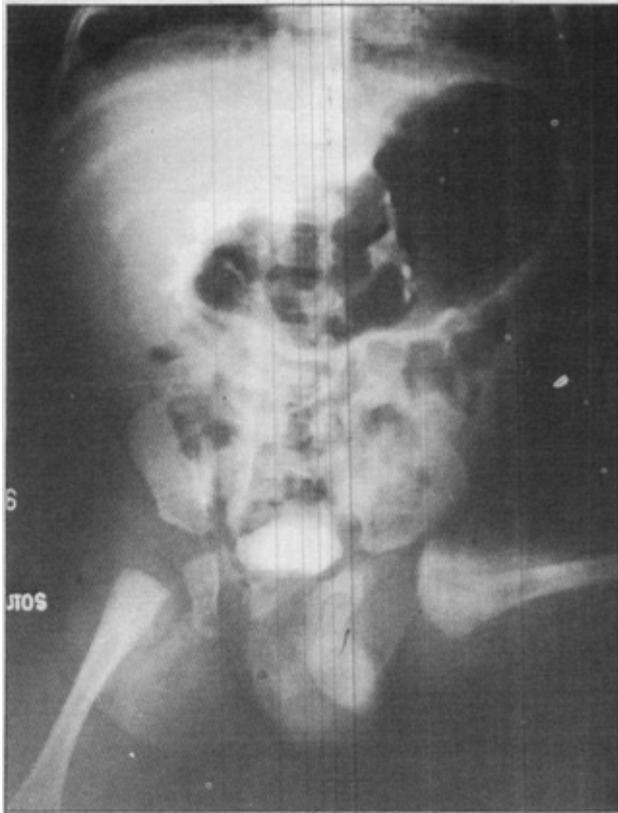


Fig. 16-1 - Criança de 3 meses, que apresenta quadro de infecção urinária há 2 meses, refluxo e megauréter bilateral. Urografia excretora e cistografia miccional.

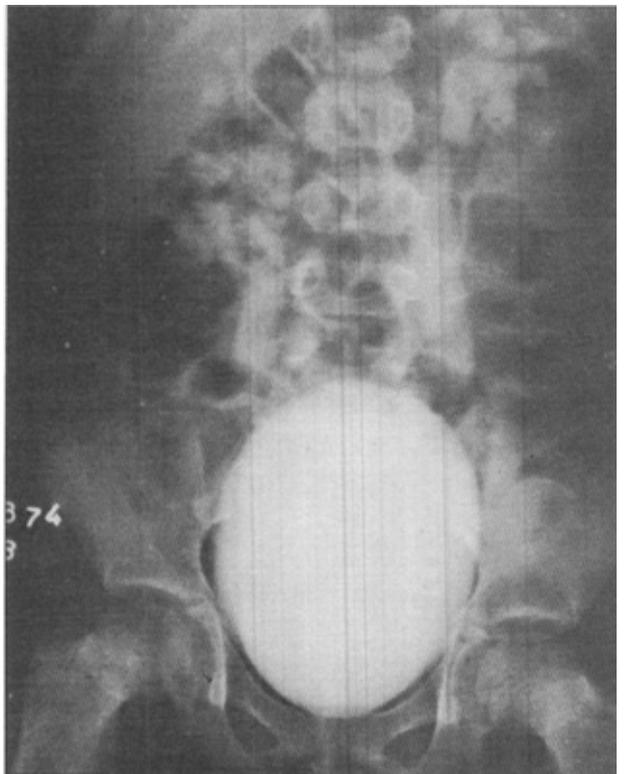
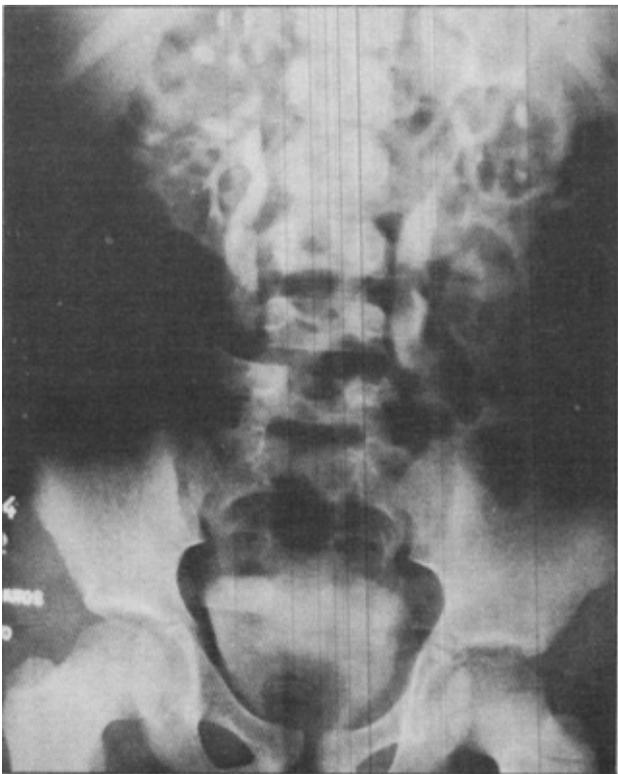


Fig. 16-2 - Criança de 7 anos, história clínica de 5 anos com infecção urinária e crises de pielonefrite. Urografia excretora e cistografia miccional pré-operatórias.

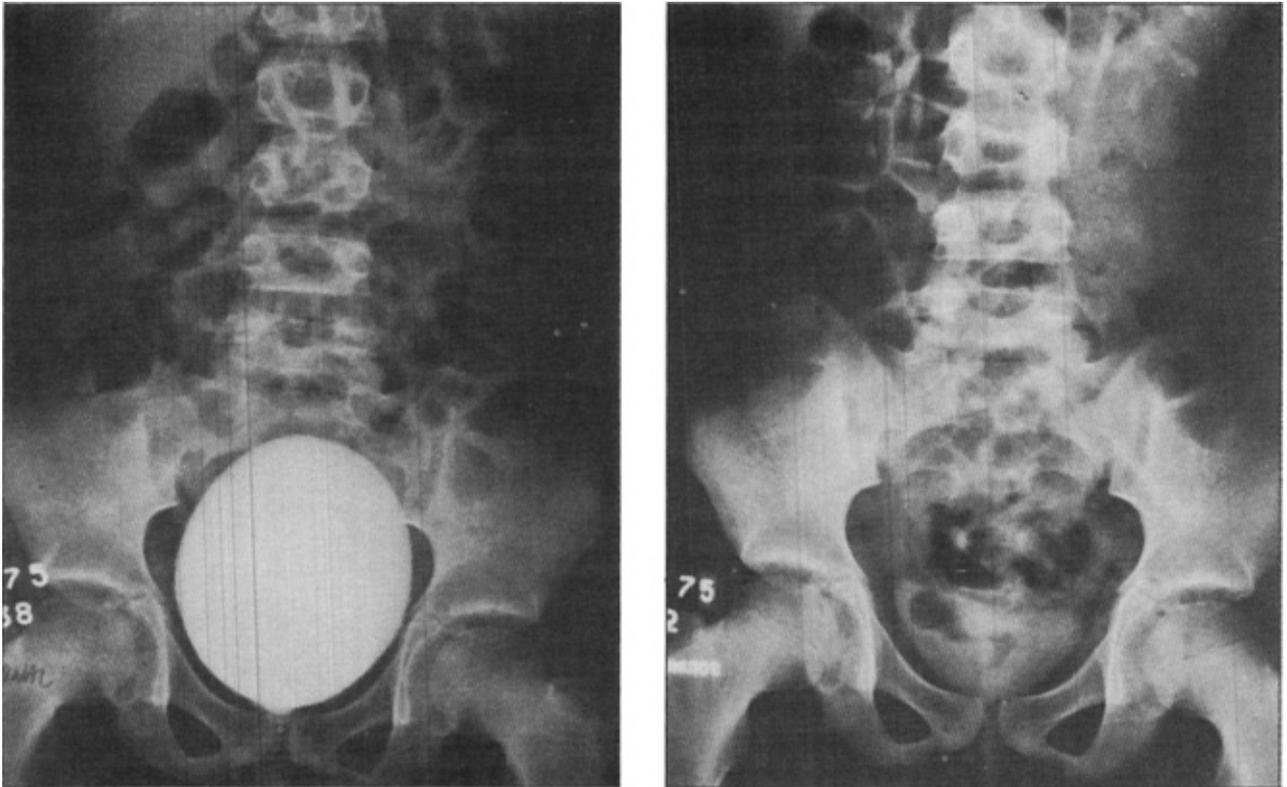


Fig. 16-3 – A mesma paciente, urografia excretora e cistografia pós-operatória.

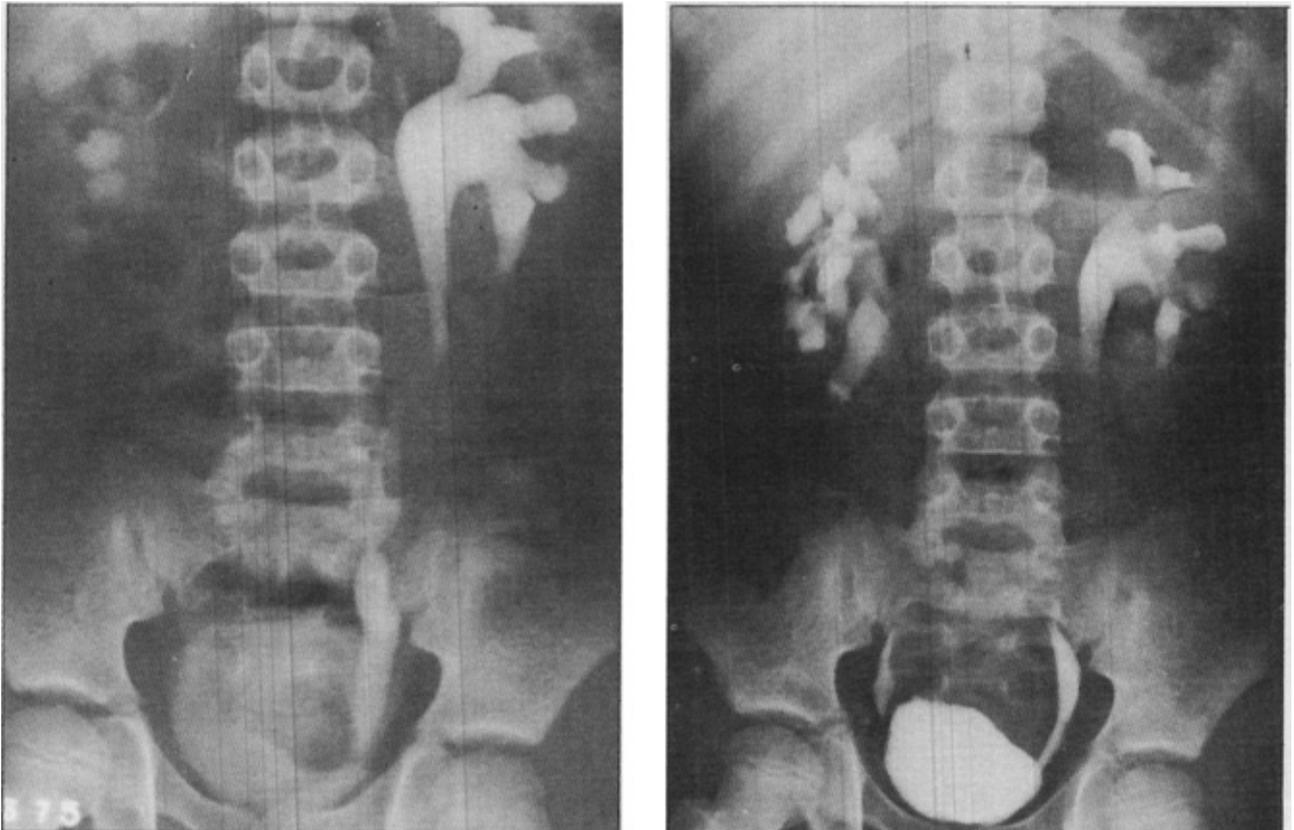


Fig. 17 – Paciente com megaureter primário bilateral, sem refluxo. Urografia excretora pré e pós-operatória.

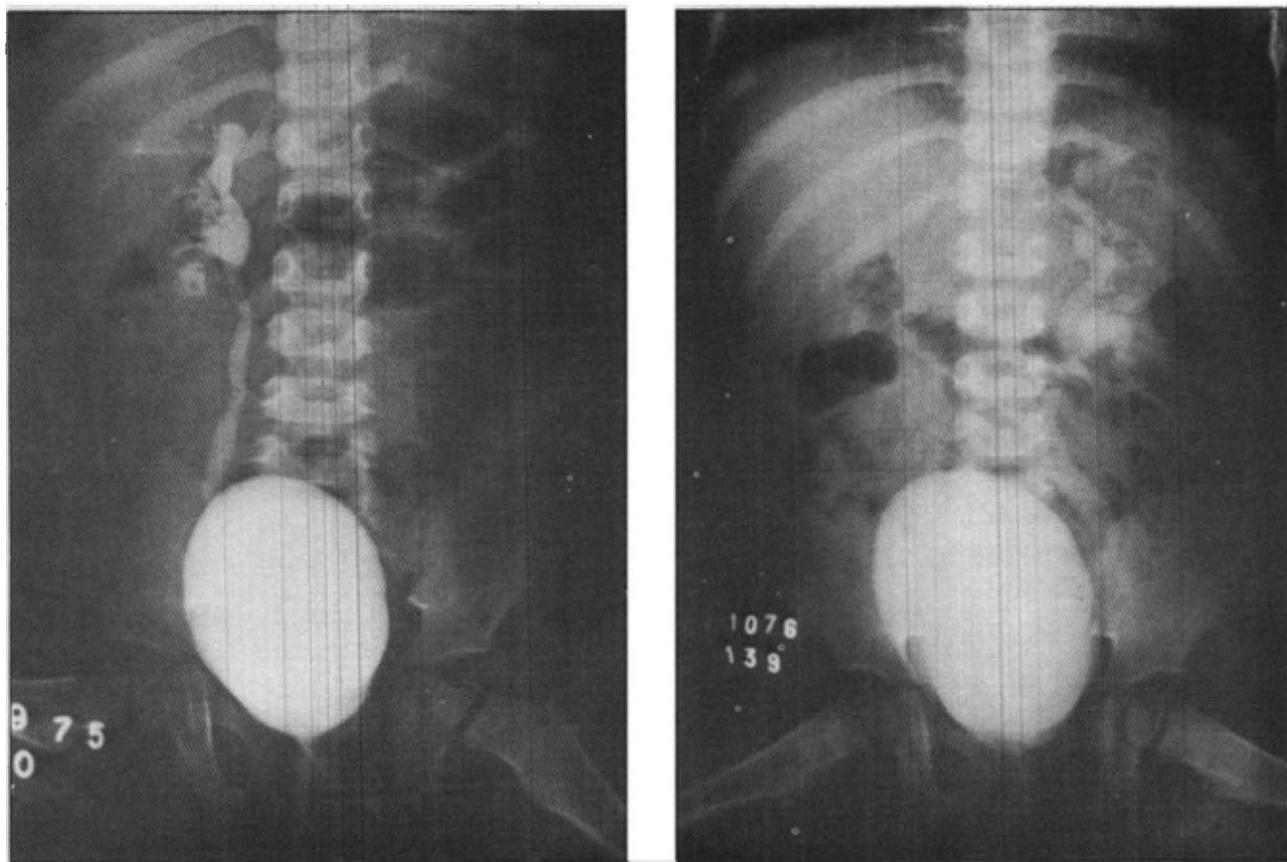


Fig. 18 — Refluxo vésico-ureteral em duas irmãs gêmeas não-univitelinas. Cistografia pré-operatória.

COMENTÁRIO

Uma vez decidido que o tratamento para o refluxo vésico-ureteral é cirúrgico, há então diferentes técnicas operatórias para o reparo, a maioria secundadas pelos mesmos princípios. A técnica ideal é aquela de menor tempo cirúrgico, menor dissecação e melhor resultado clínico-cirúrgico mediato e tardio.

Nesta cirurgia, há pouca manipulação de tecidos, o espaço perivesical não é dissecado; com isto, é menor a possibilidade de fibroses perieretais, a confecção do túnel é sob a visão direta, evitando-se assim angulações ureterais.

A técnica do avanço ureteral tem apresentado resultados cirúrgicos satisfatórios, 90%, podendo também ser utilizada naqueles casos de insucesso cirúrgico, ou associar-se a outras técnicas, quando se necessita de um túnel maior.

Com as modificações propostas, isto é, corte da musculatura vesical (fig. 7) e a sutura transfixante do ureter, as vantagens são múltiplas, podendo aplicar-se na maioria dos casos de refluxo, mesmo nos casos de megaureteres.

A execução desta técnica é consideravelmente rápida. Com pouca prática, pode fazer-se a cirurgia, nos casos bilaterais, em 70-80 minutos. Permite também, nos casos de insucesso cirúrgico, melhor abordagem, ou no mesmo campo cirúrgico, ou no espaço perivesical, até então não manipulado. A penetração do ureter, nesta técnica, e sua fixação se faz de modo bastante fisiológico, atravessando a bexiga em áreas fixas e prendendo em estruturas firmes.

Suas melhores indicações são os casos de lateralização do meato, e é exequível também nos casos de duplicidade ureteral.

Na presente série, que é pequena, seus resultados são encorajadores: nenhuma complicação cirúrgica, nenhuma recidiva do refluxo e todas as crianças ficaram com suas urinas estéreis depois de 6 meses (valor médio) de pós-operatório.

No primeiro caso (fig. 17), crianças com mais de 5 anos de infecção urinária, crises repetidas de pielonefrite, refluxo bilateral, sinais de pielonefrite, submetidas a cirurgia com pleno sucesso. Outro caso de megaureter bilateral, com hidronefrose D, apresentou boa evolução clínica pós-operatória. No caso 3, crianças

com 3 meses (fig. 16), desde o 1º mês de vida com crises de pielonefrite, refluxo bilateral grau III. Outros casos unilaterais foram operados de um lado, o que é explicado pelas alterações da estrutura do trígono.

Todos estes argumentos serão de pouca importância, se esta técnica não for realizada com segurança cirúrgica e se o caso não for bem avaliado e de indicação terapêutica precisa.

RESUMO

É apresentada e detalhada a técnica cirúrgica anti-refluxo do avanço ureteral — Glenn Anderson — onde pequenas modificações foram feitas, como o

aumento do túnel no sentido proximal à custa da secção cranial da musculatura vesical e a sutura transfixante do ureter à mucosa vesical. Apresentam os AA. os resultados de uma série de 12 ureteres operados.

SUMMARY

The Glenn Anderson's vesicoureteral reflux technique is described, as well as series of 12 ureteral operations performed by the AA. with good results.

N. da R. — Acompanha o artigo uma Bibliografia, constando de dezenove citações, não publicada por não se enquadrar nas normas do JBU.
Os interessados poderão dirigir-se diretamente aos autores.

apresentação de um caso de esquistossomose vesical hematóbica

JAYME FINCO — PAULO HAMPE — CARLOS ARY VARGAS SOUTO — THIRSO DOS SANTOS MONTEIRO.
Da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (R.S.)

I. INTRODUÇÃO

Bilharzíase ou esquistossomose vesical hematóbica é uma cistite específica provocada pelo *Schistosoma haematobium* ou *Bilharzia haematobia*. A espécie *Schistosoma haematobium* pertence ao gênero *Schistosoma* (mesmo gênero da espécie *mansoni*), da família *Schistosomidae*, da classe *Trematoda*, do ramo *Helmintha*, sub-ramo *Plathelmintha*. O parasita exibe diferenciação nos sexos masculino e feminino. O macho mede de 11 a 15 mm de comprimento por 1 mm de largura e apresenta uma concavidade ventral, o canal ginecóforo, onde se aloja a fêmea, longa e filiforme.

O caso, motivo de nosso artigo, trata-se do 1º relatado em nosso meio.

Essa patologia não existe em nosso habitat. Representa um importante problema de saúde pública na maior parte da África e Madagascar, Sul de Portugal, Grécia e Oriente Médio, regiões onde é endêmica.

II. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1. Breves considerações acerca do hospedeiro intermediário ou vetor da esquistossomose vesical

As espécies africanas dos caramujos de água doce dos gêneros *Physopsis* e *Bulinus* são vetores da bilharzíase vesical, bem como, em Portugal, o é o gênero *Planorbis* (*P. dufourii*).

No "Estudo Atual da Sistemática dos Planorbídeos Brasileiros", podemos constatar que as espécies africanas referidas acima não existem em nosso meio. Por outro lado, há espécies de *Bionphalaria tenagophila* no Rio Grande do Sul, que são da mesma família das espécies africanas já mencionadas.

A espécie *Bionphalaria tenagophila* (Orbigny, 1835), como sabemos, é um dos vetores da esquistossomose mansônica, bem como as espécies *Bionphalaria glabrata* e *B. straminea*. Do ponto de vista sistemático, os *tenagophila* existentes no Rio Grande do Sul são da mesma família da espécie *Planorbis dufourii*, de Portugal. Em levantamento recente, o DMAE, por amostragem, verificou que os moluscos existentes em nosso meio não são infestados pelos *S. mansoni*. Dentre as hipóteses para explicar a não-in-

festação, figura a seguinte: as formas larvais do *S. mansoni* não resistiriam ao rigor de nossas estações frias. Quanto à possibilidade de os nossos moluscos servirem de hospedeiro intermediário ao *S. haematobium*, é uma questão em aberto, muito embora seja pouco provável, em função da hipótese mencionada acima e pelo seguinte fato histórico: na época da escravidão, certamente muitos negros vieram para o Brasil portando a doença e, no entanto, ela não existe no território nacional. O que reforça o fato mencionado é a sabida coexistência de esquistossomose mansônica e hematóbica em um mesmo indivíduo, nas zonas endêmicas de onde vieram os primeiros escravos para o Brasil; além disso, presume-se que a esquistossomose mansônica tenha chegado ao solo pátrio, desde a África, veiculada pelos escravos de então. Outro aspecto a ser esclarecido é o que se refere à possibilidade de o *S. haematobium* aceitar os nossos moluscos como hospedeiros intermediários (adaptação).

Acreditamos, contudo, que experiências no sentido de verificar a possibilidade do "fechamento" do ciclo vital do *S. haematobium*, com moluscos regionais, devam ser realizadas, tendo em vista as recentes emigrações de grupos humanos oriundos de zonas endêmicas da nosologia em foco. No momento, experiências nesse sentido estão sendo realizadas pela Dra. Maria de Lourdes Becker, em colaboração conosco; brevemente, publicaremos os seus primeiros resultados. Tomamos a liberdade de sugerir, também, um controle sobre os imigrantes daquelas zonas, através de simples exame de seus sedimentos urinários (vide material e métodos), com as finalidades seguintes:

- a) Localização de hospedeiros definitivos.
- b) Tratamento dos hospedeiros definitivos.
- c) Profilaxia e/ou tratamento das complicações da parasitose; dentre elas, por sua morbidade e mortalidade, o carcinoma epidermóide da bexiga.
- d) Profilaxia de uma possível epidemia.

2. Do ciclo vital do gênero "Schistosoma"

O ciclo de vida deste gênero é similar para as três espécies: *haematobium*, *mansoni* e *japonicum*. O homem infectado (hospedeiro definitivo) contamina as águas com a urina (*S. haematobium*) ou fezes (*S. mansoni* ou *japonicum*). Os ovos imediatamente

transformam-se em miracídios, larvas móveis, que se locomovem livremente n'água. Os miracídios, dentro de 16 a 32 horas, podem penetrar no hospedeiro intermediário apropriado. Os miracídios alojam-se no fígado dos caramujos e aí evoluem para esporocistos. Dentro de mais ou menos seis semanas, os esporocistos rompem, liberando as cercárias para o exterior (água). A cercária é uma larva de cauda bifida, com grande mobilidade, que tem a propriedade de atravessar a pele ou mucosas íntegras do homem (ação mecânica e enzimática: glândulas cefálicas); sua sobrevivência é de mais ou menos três dias. Um miracídio dá origem, assexuadamente, a milhares de cercárias. O desenvolvimento das cercárias que penetraram no hospedeiro definitivo se faz nos sistemas linfático e circulatório; através do coração, atingem o sistema porta hepático, onde amadurecem e se diferenciam em adultos dos sexos masculino ou feminino. Os esquistossomas adultos emigram, contra a corrente sanguínea, em direção às veias vesicais (*haematobium*) ou mesentéricas (*mansoni* ou *japonicum*). Ao nível destas veias, copulam e as fêmeas iniciam a postura dos ovos. Os ovos aparecem na urina ou nas fezes, de 4 a 9 semanas após a infestação inicial. Os vermes adultos têm uma vida de até 20 a 30 anos. A fêmea do *S. haematobium* deposita seus ovos nas paredes das vênulas vesicais; em decorrência há uma reação a corpo estranho, que evolui para micro-hemorragias e ulcerações. Assim os ovos atingem a luz vesical.

3. Patologia

A postura local dos ovos é o processo patológico mais importante da esquistossomose vesical hematóbica; entretanto, nas infestações *S. mansoni* e *S. japonicum*, a maior morbidade reside na obstrução do sistema porta. Inicialmente, ocorre uma reação granulomatosa ao redor dos ovos, produzindo pseudo-tubérculos. No caso da esquistossomose vesical hematóbica, há uma marcada tendência à calcificação ao redor dos ovos, havendo, mesmo, algumas vezes, calcificação maciça da mucosa e submucosa vesicais. Estas lesões evoluem para um estágio de fibrose, que frequentemente determina alterações anatômicas do trato geniturinário. As mudanças granulomatosas e fibróticas podem determinar estenose ureteral, incompetência da união ureterovesical, obstrução do colo vesical e uma bexiga contraída. Mais tardiamente, pode ocorrer uretero-hidronefrose, com comprometimento da função renal. Podem ser envolvidos também no processo a uretra, a próstata e as vesículas seminais; nas mulheres, a vagina e o útero podem ser atingidos.

O diagnóstico é feito pelo achado dos ovos do *S. haematobium* na urina (são típicos e patognomônicos: espícula terminal) ou pela observação de alterações típicas à cistoscopia e/ou urografia excretória e uretrocistografia. As lesões precoces da bexiga compreendem hiperemia e edema da mucosa, tubérculos, nódulos e pólipos. As alterações crônicas compreendem palidez da mucosa e granuloides, manchas arenosas, úlceras crônicas e estenose do colo. As alterações urográficas sugestivas compreendem: calcificação vesical, defeitos de enchimento na bexiga, estenose ureteral, hidroureteronefrose e/ou hidronefrose, refluxo. O parênquima renal pode apresentar granulomas circulando ovos de *S. haematobium*, observação que já foi feita em múmias da vigésima dinastia — 1000 anos antes de Cristo — (Rueffer, 1910). É conhecida de todos a importante correlação entre esquistossomose vesical hematóbica e carcinoma epidermóide da bexiga; a degeneração maligna obedeceria aos conceitos da velha "teoria irritativa de Virchow".

4. Clínica

A infestação pode ser dividida em fases agudas e crônicas. Na fase aguda, ocorre eritema e prurido da pele onde houve a penetração das cercárias. Quatro a seis semanas depois, pode ocorrer um estado febril com manifestações tóxicas, acompanhado de eosinofilia e outros fenômenos alérgicos. Esta fase tende a resolver-se espontaneamente. A fase crônica aparece depois de meses ou anos e é resultado das lesões causadas pela deposição de ovos e pela reação local aos mesmos. Ela é caracterizada por hematúria terminal intermitente e disúria (nos locais endêmicos, há o dito popular de que os homens também menstruam). As dores vesicais e cólicas renais são comuns. Via de regra, os sintomas não são incapacitantes e, por isso, a doença pode progredir à uropatia obstrutiva bilateral, com comprometimento da função renal e, eventualmente, uremia e morte. Em 1º lugar, ocorre uma alteração da função tubular, particularmente da capacidade de concentração urinária máxima; a função glomerular costuma permanecer normal, durante muito tempo, ao longo do curso da doença. Infecção urinária inespecífica associada costuma representar um importante fator no comprometimento da função renal. Em muitos países do Norte da África e no Oriente Médio, particularmente no Egito, existe uma alta prevalência de carcinoma epidermóide de bexiga, havendo relação de causa e efeito em relação à esquistossomose vesical hematóbica. Calcula-se que mais de 200 milhões de pessoas estejam infestadas nas zonas endêmicas: Vários autores têm re-

ESQUISTOSSOMOSE VESICAL

latado atrasos do desenvolvimento somático e sexual de pacientes portadores de esquistossomose vesical hematóbica. Isto parece estar na dependência da desnutrição causada pela parasitose mais do que por alterações endocrinológicas. Richaud & cols. calcularam que, para uma eliminação de 8 850 ovos por dia, há perda de 2,5 g de proteínas. Além disso, há albuminúria e hematuria.

III. MATERIAL E MÉTODOS

1. Apresentação do caso:

a) Identificação

AFMT, 16 anos, branco, solteiro, pedreiro.
Res.: N/Capital. Nat.: Sá da Bandeira, Angola, África.
Prontuário nº 6465, Enfermaria 31 da ISCMPA.
Primeira baixa: 04/8/1976. Alta: 17/8/1976.
Segunda baixa: 16/9/1976. Alta: 07/10/1976.
Controles ambulatoriais: 19/10/76 — 16/11/76 — 18/1/1977 — 10/5/77 — 11/5/77 — 15/6/1977.

b) História da doença atual

Q. P.: HEMATÚRIA FINAL E TESTÍCULO NÃO DESCIDO DO LADO ESQUERDO.

Informa que, há dois meses, começou a apresentar urina sanguinolenta no final de cada micção. Nos últimos 20 dias, tem sentido ardência miccional, especialmente no final da micção. Não refere outra sintomatologia urinária. Nega passado venéreo. Desde a infância, notou ausência de testículo na bolsa, do lado esquerdo; sabe que o mesmo está na virilha esquerda e é doloroso à palpação. Sempre quis ser operado, mas não pôde realizar a cirurgia, pois em Angola era necessário pagar (*sic*) e ele não possuía condições econômicas. Veio de Sá da Bandeira, no Sul de Angola, juntamente com a família, por motivos políticos; chegou ao Brasil em 29 de setembro de 1975.

c) História progressiva

Nada digno de nota.

d) Exame físico

Urina "rosée" no 3º copo, à prova dos copos. Punho-percussão lombar negativa bilateralmente. Palpa-se estrutura oval de 3X2 cm na região inguinal esquerda, lisa, móvel e dolorosa (testículo?). Ausência do testículo esquerdo na bolsa. Testículo do lado direito com características normais. Toque retal dentro dos limites da normalidade.

e) Revisão dos sistemas

Nada digno de nota.

f) Investigação laboratorial

Primeira baixa:

05/8/1976:
HG: 4,6 milhões de hemácias/mm³ Hb: 14 g%
Ht: 44% VGM: 95
acido.: 80 basto.: 240 seg.: 4000
mono.: 240 linfo.: 3440 tot.: 8000/mm³
Uréia: 25 mg%
E.Q.U.: d = 1022 cor: ambar pH = 5,0 flocosa
Bacteriúria discreta — 3 piócitos/campo.
Várias células epiteliais pavimentosas.

06/8/1976:

Urocultura: Estafilococo plasma-coagulase positivo: (6.000/ml)

10/8/1976:

E.Q.U.: d = 1025 cor: ambar pH = 5,0 flucosa
Proteinúria acentuada Muitos piócitos
Muitas células epiteliais pavimentosas
Bacteriúria acentuada Muitos eritrócitos
E.P.F.: negativo
Cistoscopia: Lesão perolada no fundo da bexiga.
Granulações na região do trígono.

Segunda baixa:

27/9/1976:

Urografia excretória (6247 — 27/9/1976): "Defeito de enchimento na parede lateral esquerda da bexiga, determinado por lesão parietal intrínseca ou por compressão extrínseca atípica. Rins e ureteres sem evidência de lesão" (28/9/1976).

1º/10/1976:

Sedimento urinário: Vários ovos de *Schistosoma haematobium*.

06/10/1976:

TGO = 3 mU/ml
TGP = 5,5 mU/ml
Fosfatase alcalina = 210 mU/ml
Bil. direta = 0,10 mg%
Bil. indir. = 0,75 mg%
Bil. total = 0,85 mg%

Controles ambulatoriais:

19/10/1976:

TGO = 10 mU/ml
TGP = 8 mU/ml
Fosfatase alcalina = 340 mU/ml
Bil. direta = 0,10 mg%
Bil. indir. = 0,88 mg%

Bil. total = 0,98 mg%
 HG: 4,5 milhões de hemácias/mm³ Hb: 12,8 g%
 Ht: 41% VG: 0,98
 basto.: 200 seg.: 2250 acido.: 100
 baso.: 0 mono.: 300 linfo.: 2150 tot.: 5000
 Sedimento urinário: Vários ovos de *S. haematobium*.

16/11/1976:

Estudo radiológico da idade óssea (6301 — 16/11/1976):

"Idade óssea compatível com a idade cronológica".
 Espermograma: dentro dos limites da normalidade.
 Sedimento urinário: poucos ovos de *S. haematobium*.

18/01/1977:

Sedimento urinário: alguns ovos de *S. haematobium*.

11/5/1977:

HG: 4,5 milhões de hemácias/mm³ Hb: 13,6g%
 Ht: 41% VG: 0,97 VSG: 4mm (1 hora)

Leucograma: dentro dos limites da normalidade.

E. Q. U.: aspecto turvo cor: amarelo-citrina
 d=1025 pH=6,0 traços leves de albumina
 muitos filamentos de muco

várias hemácias e pióc.

alguns cilindros hialinos

muitos crist. ox. sódio.

ovos de *Schistosoma haematobium*.

2. Elaboração diagnóstica:

Na primeira baixa, deu-se mais atenção à criptorquidia do paciente, em função da grande vontade que o mesmo tinha de possuir o testículo na bolsa e porque o suposto testículo esquerdo, que estaria na região inguinal, era doloroso à palpação. Foi submetido à orquidopexia, em 13/8/1976, com sucesso; o testículo era macroscopicamente insuspeito, embora um pouco hipotrófico.

Quanto à hematúria final, realizou-se cistoscopia em 10/8/1976, que evidenciou lesão perolada no fundo da bexiga e granulações na zona do trígono, ambas muito bizarras.

Em virtude de compromissos com seu emprego, o paciente recebeu alta a pedido, em 17/8/1976; combinou-se que o mesmo retornaria ao nosso Serviço para elucidar a natureza de sua hematúria.

Na segunda baixa, um estudo urográfico revelou "defeito de enchimento na parede lateral esquerda da bexiga, determinado por lesão parietal intrínseca ou por compressão extrínseca atípica. Rins e ureteres sem evidência de lesão".

Como nada ainda estivesse determinado, quanto à natureza da hematúria, revisamos a literatura e

avertamos a possibilidade de tratar-se de esquistossomose vesical hematóbica. No dia 1º/10 de 1976 tivemos a confirmação de nossa hipótese; a microscopia do sedimento urinário do paciente revelou vários ovos de *Schistosoma haematobium*.

Como já foi referido na revisão bibliográfica, tem sido descrito retardo no crescimento somático e/ou sexual de pacientes com este tipo de patologia. Não constatamos isto em nosso paciente. Trata-se de pessoa com aparência saudável, portador de parâmetros biométricos compatíveis com a normalidade. Seu espermograma demonstra tratar-se de homem fértil e as dosagens de 17-cetosteróides, 17-hidroxicorticóides e pregnantriol acham-se nos limites da normalidade. O estudo da idade óssea (método radiológico) é compatível com a idade cronológica. Quanto à criptorquidia do paciente, trata-se de patologia independente desta.

Quanto a aspectos diagnósticos, resta dizer ainda que examinamos os sedimentos urinários de quatorze familiares do paciente sem, no entanto, positivar outro caso.

3. Tratamento

Na oportunidade em que firmamos o diagnóstico de esquistossomose vesical hematóbica, tratamos de conseguir o quimioterápico específico. O único disponível na ocasião era "Mansil", nome comercial de Oxamniquine (UK — 4721: 6-hidroximefil-2-isopropilaminoetil-7-nitro-1, 2, 3, 4-tetrahydroquinoleína), gentilmente cedido pelo Laboratório Pfizer. Esta droga tem-se mostrado altamente efetiva contra o *S. mansoni*, mas não contra o *S. haematobium* (Foster and Cheetham, 1973; Foster et al., 1973; Clarke et al., 1973; Mc Mahon, J. E., 1976). Como fosse a única droga disponível, embora não a mais indicada, mas possuindo certa ação sobre o *S. haematobium*, administramos ao paciente uma dose única de "Mansil". Pode-se usar de 10 a 60 mg/kg de peso. Em nosso caso, usamos 30mg/kg. Ressalte-se que a dose é única, via oral e praticamente desprovida de efeitos colaterais. Não observamos nenhum efeito indesejável em nosso paciente.

4. Controle de tratamento

No dia 19/10/1976, ou seja, 15 dias após a administração de "Mansil", o paciente apresentava ovos viáveis de *S. haematobium* na urina (constatou-se eclosão de larvas). Quarenta e quatro dias após o tratamento, ainda havia ovos viáveis, o mesmo tendo ocorrido 106 dias após. Atualmente, 7 meses depois do uso de Oxamniquine, o paciente continua eli-

minando ovos viáveis de *S. haematobium*. Neste período, apresentou hematúria macroscópica final intermitente. Devemos esclarecer que perdemos o contacto com o paciente no período de 18/01/1977 a 11/5/77, por motivos que não dependeram de nossa vontade.

Nossas opções terapêuticas, no momento, são as seguintes:

a) Niridazole ("Ambilhar"): o Laboratório Ciba informou-nos que não mais o produz.

b) Hycanthon ("Etrenol"): produzido pelo Laboratório Winthrop. Provavelmente o usaremos.

c) Metrifonate ("Dipterex"): Composto organofosforado, muito efetivo contra o *S. haematobium*, estudado no Egito e África Oriental. Não existe em nosso meio.

d) Antimoniais: introduzidos por Christopherson em de

IV. COMENTÁRIOS

O presente caso, que já foi devidamente comunicado às autoridades sanitárias, representa uma curiosidade médica em nosso meio.

Sua importância potencial reside na possibilidade pouco provável de ocorrer o "fechamento" do ciclo vital do *S. haematobium* com caramujos de nosso habitat. Como já foi mencionado antes, trabalhos nesse sentido estão sendo realizados com a nossa colaboração. Essa possibilidade cresce de interesse na medida em que sabemos do grande número de imigrantes oriundos de zonas endêmicas da presente nosologia. Novamente sugerimos que se exerça um controle sobre os imigrantes (pesquisa de ovos de *S. haematobium* no sedimento urinário: método simples e não oneroso).

Resta dizer que tivemos uma experiência terapêutica não muito boa com Oxamniquine, que, no

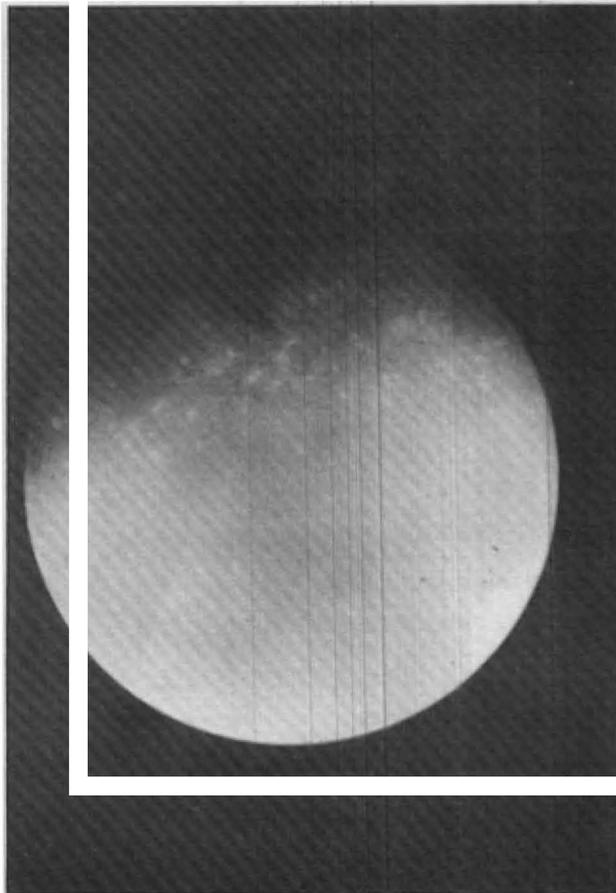


Fig. 1 — Fotografia endoscópica de lesão vesical provocada pelo *S. haematobium*, no fundo da bexiga do paciente AFMT, prontuário 6465, da Enf. 31 da ISCMPA.

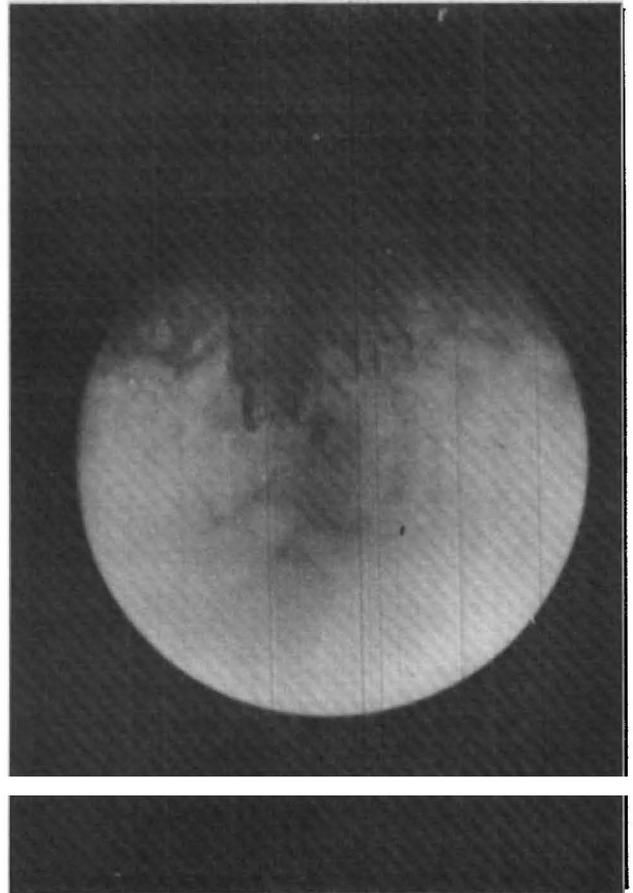


Fig. 2 — Fotografia endoscópica de lesão "perolada" provocada pelo *S. haematobium*, no fundo da bexiga do paciente AFMT, prontuário 6465, da Enf. 31 da ISCMPA.

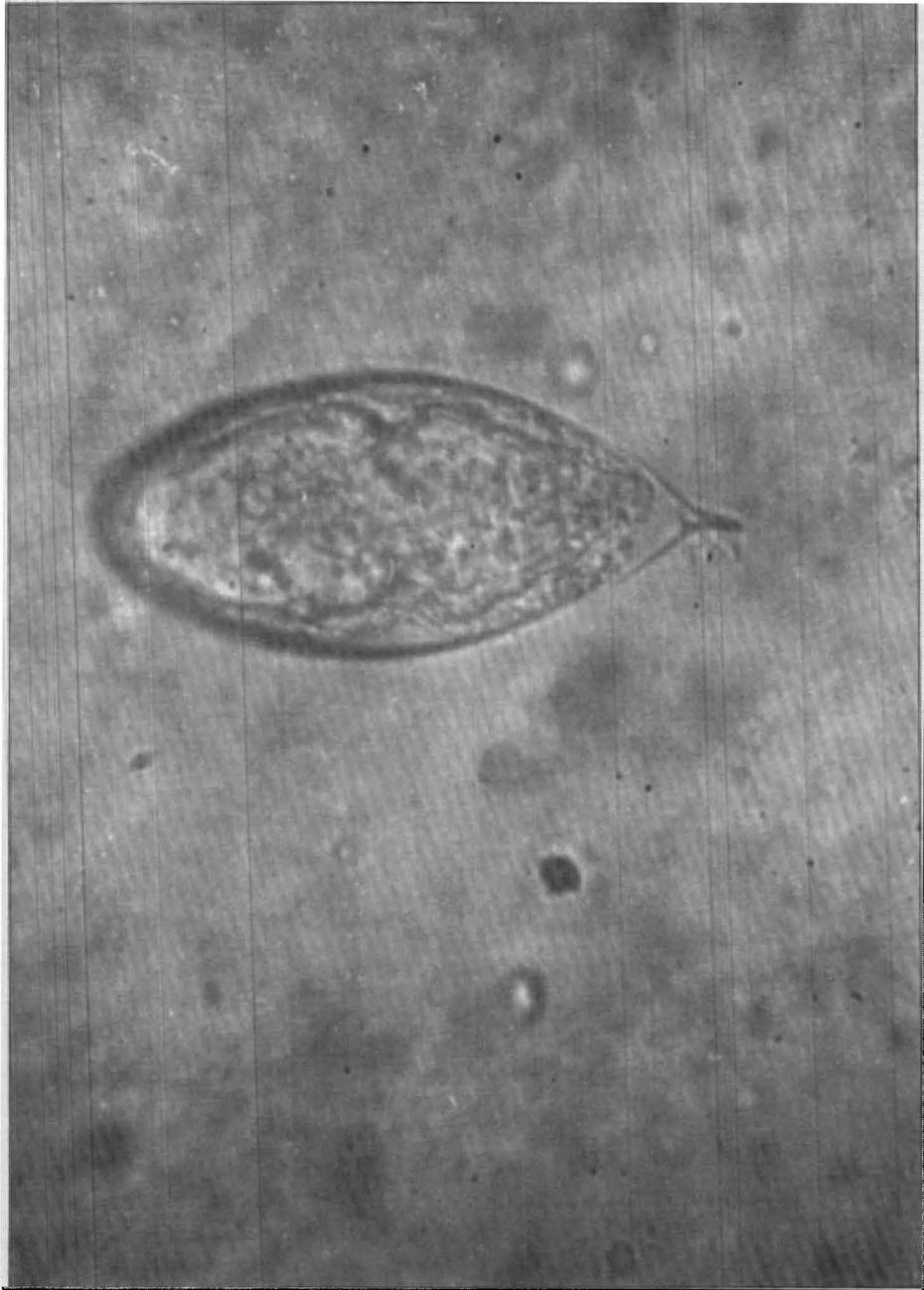


Fig. 3 — Microfotografia de um ovo de *S. haematobium* no sedimento urinário do paciente AFMT, prontuário 6465, da Enf. 31 da ISCMPA.

V. RESUMO

Os autores apresentam um caso de cistite provocada pelo *S. Haematobium* (esquistossomose vesical hematóbica), diagnosticado em um imigrante angolano de 16 anos, que referia hematúria terminal intermitente. O caso representa uma curiosidade médica nos meios locais, uma vez que essa patologia não existe aqui. Cresce de interesse na medida em que se admite a possibilidade do "fechamento" do ciclo

vital do agente etiológico dessa doença, com caramujos locais.

SUMMARY

The authors report a case of *Schistosoma haematobium* cystitis in a 16 year-old Angolan boy with intermitent hematuria. It is interesting because we have not this type of Schistosomiasis in our country up to now.

trigonização do colo vesical na prostatectomia retropúbica de millin modificada

JOSÉ LUIS SANCHES VARGAS — JOSÉ CLAUDIO GRANDO — JOSÉ ROBERTO MESQUITA
— AGAMEDES PADUAM — PEDRO TERUEL ROMERO
Da Faculdade de Medicina de Marília (SP).

A porcentagem relativamente alta de infecção urinária pós-prostatectomia, em pacientes que não apresentavam fatores favorecedores, levou-nos a fazer um estudo das possíveis causas.

Sabemos, pelos trabalhos de Tanagho e Hutch, que a lesão do triângulo vesical é a principal causa de refluxo vésico-ureteral.

Há 2 anos, passamos a reconstruir o triângulo seccionado nas prostatectomias, fazendo a trigonização do colo vesical, o que é facilitado pela via retropúbica, com incisão longitudinal da bainha prostática, e as infecções urinárias foram reduzidas a índices mínimos, em 100 pacientes operados.

TÉCNICA OPERATÓRIA

Incisão mediana infra-umbilical, que se prolonga 1cm abaixo da borda superior da sínfise púbiana. Seção da pele, tela subcutânea e hemostasia dos vasos superficiais. Seção da linha alba, com afastamen-

to lateral dos músculos retos do abdome. Descola-se e recalca-se a reflexão peritoneal entre a parede abdominal anterior e a bexiga, e, através do espaço retropúbico, expõe-se a bainha prostática, que se apresenta distendida. Colocam-se pontos transfixantes de um e outro lado do colo vesical, ligando o plexo prostático. Seguem-se outros pontos transfixantes, ao longo da bainha prostática, com finalidade hemostática. Incisão longitudinal da bainha prostática, também chamada cápsula cirúrgica. Enucleação dos lobos prostáticos a bico de tesoura, que se completa a dedo. Extração da próstata, observando-se escasso sangramento na loja. A seguir, repara-se o colo vesical, colocando pontos laterais transfixantes e resseca-se a sua vertente inferior. O triângulo vesical, que se acha retraído, é reaproximado com 3 pontos à borda superior da loja, recobrando o colo da bexiga. Coloca-se sonda de Foley, com balão distendido, na bexiga. Sutura da bainha prostática em chuleio. Revisão da cavidade. Dreno de Penrose no espaço retropúbico. Sutura da parede abdominal por planos.

Gráfico: — COMPLICAÇÕES OBSERVADAS EM 100 PACIENTES PROSTATECTOMIZADOS NO SERVIÇO DE UROLOGIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA.

TIPO DE
COMPLICAÇÕES

INCONTINÊNCIA DE
URINA TRANSITÓRIA

OSTEÍTE DA PUBE

EPIDIDIMITE

OBSTRUÇÃO DO COLO VESICAL
PARCIAL

NEURITE DOS OBTURADORES

INFECÇÃO URINÁRIA.

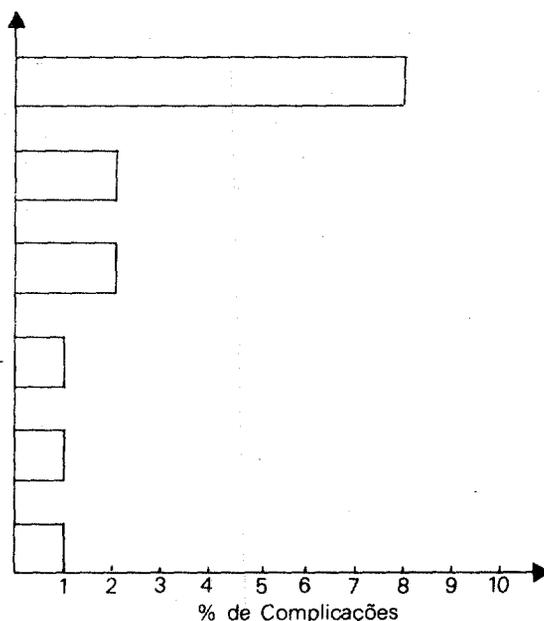
HEMORRAGIA
PÓS-OPERATÓRIA 0%

HEMORRAGIA
PER-OPERATÓRIA 0%

INCONTINÊNCIA DE URINA
DEFINITIVA 0%

FISTULA URINÁRIA 0%

OBSTRUÇÃO DO COLO VESICAL
TOTAL 0%



DISCUSSÃO DAS COMPLICAÇÕES

Infecção urinária — Um (1%) paciente apresentou infecção, mas era portador de próstata infectada e litíase prostática. A enucleação foi difícil, bem como o tratamento do colo, cuja trigonização foi precária.

Neurite dos obturadores — Um (1%) paciente apresentou quadro clínico de comprometimento dos obturadores, que cedeu, com medidas paliativas.

Obstrução do colo vesical — Um (1%) dos pacientes, o mesmo que desenvolveu infecção urinária, apresentou quadro clínico de obstrução parcial do colo, confirmado radiologicamente, o que obrigou a ressecção em rápida intervenção endoscópica.

Epididimite — Dois (2%) pacientes apresentaram epididimite unilateral, que foi debelada com antibióticos.

Osteíte da pube — Dois (2%) pacientes apresentaram esta complicação no pós-operatório mediato, tendo sido solucionada com antibióticos.

Incontinência urinária — Foi verificada em 8 pacientes, logo após a retirada da sonda, porém, cedeu em poucos dias.

Hemorragia per ou pós-operatória — Não tivemos nenhum caso de média ou grande hemorragia,

contudo, em 6 de nossos pacientes, houve pequeno sangramento difuso, durante o ato operatório, que necessitou de reposição.

Incontinência de urina definitiva — nenhum caso.

Obstrução do colo vesical — nenhum caso.

RESUMO

Os autores descrevem a prostatectomia retro-pública de Millin, com uma variante na técnica, que permite um completo tratamento do colo vesical. Acentuam o valor da trigonização do colo, como recurso indispensável para evitar refluxo vésico-ureteral e a infecção urinária decorrente. Apresentam o resultado obtido com 100 (cem) casos operados, num período de 24 meses.

SUMMARY

The AA. describe Millin's retropubic prostatectomy, with their own modification, allowing thorough treatment of vesical neck affections, which trigonization is indispensable to avoid vesicoureteral reflux and urinary infection. They present 100 cases, operated through a period of 24 months.

embolização seletiva das artérias hipogástricas no controle da hemorragia maciça pós-prostatectomia

ALFREDO DUARTE CABRAL — SÉRGIO SANTOS LIMA — PAULO DE QUEIROZ SANTOS — ODON FERREIRA DA COSTA
Dos Hospitais do Servidor Público Municipal, Sírio-Libanês e Albert Einstein (SP).

As hemorragias graves pós-prostatectomias não são incomuns e quando isto acontece nos obriga a tomar medidas terapêuticas de emergência para resolução do caso.

Nesta situação, após as medidas rotineiras de lavagens vesicais com soro fisiológico gelado, para remoção de coágulos, utilização de ácido epsilon-aminocaprílico, quando indicado, reposição sanguínea, para manter a hemostase, finalmente, em algumas ocasiões, somos obrigados a reoperar o doente, procurando-se realizar novas suturas hemostáticas, a fim de solucionar o problema. Persistindo após isto o sangramento, outras condutas têm sido preconizadas, como ligadura das artérias hipogástricas e tamponamento a céu aberto da loja prostática com gezes apropriadas, o que aumenta o risco cirúrgico e prolonga o tempo de hospitalização.^{2,6} Alguns autores³ têm proposto a ligadura prévia das artérias hipogástricas, com a finalidade de evitar este tipo de complicação cirúrgica.

Recentemente, Küss e colaboradores¹, Smith e colaboradores⁵ e Mitchell e colaboradores⁴, apresentaram casos de hemorragias prostáticas severas e graves, pós-prostatectomias ou biópsias prostáticas, as quais foram tratadas pela embolização seletiva das artérias hipogástricas.

Baseados na experiência desses autores, tivemos a oportunidade de utilizar este processo terapêutico, para tratamento de um caso.

A. J. N., 63 anos, masculino, preto, Hospital do Servidor Público Municipal de S. Paulo, R. H. 8342, relatando dificuldade crescente às micções, polaciúria, nictúria e hematúria macroscópica ocasional, há 4 anos. Hipertensão arterial em tratamento, há 6 anos. No exame físico apresentava P. A. 170-110. Hiperfonese de A₂. Próstata aumentada cerca de 3 vezes, com características benignas. Hemograma com anemia normocítica; demais exames laboratoriais normais. *Urografia excretora*: trato alto normal, bexiga de esforço, elevação do assoalho vesical, com resíduo pós-miccional grande.

Em 05.7.77, foi submetido a prostatectomia transvesical, tendo apresentado sangramento anormal no pós-operatório imediato. Instituímos várias

unidades de sangue, ácido epsilon-aminocaprílico, não havendo melhora do quadro. Reoperamos 5 horas após, sendo feitos vários pontos hemostáticos no colo vesical, persistindo o sangramento. Realizamos, então, a embolização seletiva bilateral das artérias hipogástricas, principalmente dos seus ramos vésico-prostáticos, por cateterismo transfemural, com fragmentos de "gelfoam", havendo parada imediata do sangramento pelas sondas de cistostomia e uretral tipo Foley. O doente evoluiu sem complicações, tendo alta hospitalar no 13º dia de pós-operatório. Seguimento no 45º dia de P. O., sem anormalidades.

Acreditamos ser válida esta conduta, nos casos de hemorragias prostáticas, não debeladas por reintervenção cirúrgica imediata ou outros procedimentos.

BIBLIOGRAFIA

- 1) KUSS, R.; LE GUILLOU, M.; MERLAND, J. J.; LEPAGE, T. & BORIES, J. L'embolisation en pathologie urogénitale. *Ann. Urol.*, 9, (1), 1-10, 1975.
- 2) LAPIDES, J. Principles of treatment of persistent post-prostatectomy hemorrhage. *J. Urol.*, 106: 913, 1971.
- 3) MEHDIRATTA, K. S.; MITAL, R. N. & PRAKASH, A. Bilateral internal iliac artery ligation in prostatectomy. *Internat. Surg.*, 58 (6): 397-401, 1973.
- 4) MITCHELL, M. E.; WALTMAN, A. C.; ATHANASOULIS, C. A.; KERR, W. S. & DRETTLER, S. P. Control of massive prostatic bleeding with angiographic techniques. *J. Urol.*, 115: 692-695, 1976.
- 5) SMITH, J. C.; KERR, W. S.; ATHANASOULIS, C. A.; WALTMAN, A. C.; RING, E. J. & BAUM, S. Angiographic management of bleeding secondary to genitourinary tract surgery. *J. Urol.*, 113: 89-92, 1975.
- 6) WEYBER, J. E. & BRADLEY, A. S. Control of post-transurethral prostatic resection haemorrhage by bilateral ligation of hypogastric arteries. *Arch. Surg.* 24: 193-195, 1958.

enurese: estudo da enurese em órfãos

NEILTON G. PRADO — VALDIR CARDOSO PEREIRA — VALDEVINO CASAROTTI.

Da Escola de Medicina e Cirurgia da Universidade Federal de Uberlândia (MG).

Os autores apresentam um estudo comparativo sobre a enurese, realizado em 2 grupos: um primeiro grupo-estudo, constituído por 100 crianças e adolescentes órfãos de uma instituição patronal e um segundo grupo de controle, constituído por 173 escolares, não em regime de internato e não seletivamente órfãos ou abandonados pela família como o primeiro. Os resultados obtidos deste estudo levaram a conclusões próprias e comuns, sob certos aspectos, com as publicações desta patologia.

INTRODUÇÃO

Enurese, forma comum de incontinência urinária nas crianças, é usualmente definida como uma anormalidade funcional do controle da micção, na ausência de desordem orgânica. É claro que as incontinências devidas a obstrução, por uma perturbação neurológica por epispádias ou um ureter ectópico, deveriam ser excluídas da categoria de enurese. Não é tão óbvio, no entanto, que as menores alterações do trato urinário, como disfunções e processos inflamatórios, possam ser por outro lado eliminadas como causas de enurese. Portanto, a definição deve ser deixada um pouco imprecisa, dentro de um conceito mais elástico. Lembremos que esta definição apresenta maior amplitude que a clássica definição de Coulombier², que define enurese como sendo uma micção, por vezes ativa e completa, inconsciente e involuntária, no decurso do sono, considerando-se que o fenômeno apareça sem substrato anátomo-patológico.

Sabemos ser o tema bastante controvertido, divergindo as opiniões a partir da conceituação, não se sabendo exatamente quais os fatores determinantes e, quando alguns são aventados, há dificuldades em se estabelecer em que proporção cada um atua na manifestação do sintoma enurese. Partindo disso, tivemos como objetivo de nosso trabalho investigar sobre enurese visando vários aspectos, mas principalmente questionando sobre qual a influência do fator sócio-econômico-ambiental como determinante da enurese. Para tanto, elegemos para estudo uma população fechada do sexo masculino, submetida a condições ambientais semelhantes, a qual consideramos como ideal para um estudo desta natureza.

MATERIAIS E RESULTADOS

Foi levada a efeito uma investigação sobre a incidência de enurese em uma população de 100 in-

divíduos de uma instituição destinada a abrigar crianças e adolescentes do sexo masculino, na sua maioria órfãos ou abandonados pela família. Entre esses 100 indivíduos, foram encontrados 22% de enuréticos, cuja distribuição por idades é apresentada conforme o quadro I. Destes enuréticos, somente dois apresentaram enurese secundária: tornaram-se enuréticos após os 4 anos.

O número de órfãos entre os enuréticos, com sua respectiva percentagem, é apresentado no quadro II.

No grupo-controle de 173 escolares, não seletivamente órfãos, submetidos a condições de vida diversa, as idades variaram de 10 a 15 anos. Neste grupo, 17 crianças (9,8%) eram enuréticas.

A avaliação clínico-patológica dos enuréticos internos foi feita através de entrevista anamnésica, do exame clínico, cultura de urina, sedimento urinário, RX simples, urografia excretora e uretrocistograma. Nesta avaliação, no estudo das partes ósseas, foram encontrados 34% de espina bífida, 17% de vértebra de transição lombo-sacra e 4,3% de sexta vértebra lombar. O estudo contrastado revelou 8,7% de duplicação ureteral incompleta, alteração ureteral em 8,7% e 4,3% com discreto refluxo vésico-ureteral (quadros III e IV). O sedimento urinário e a cultura não revelaram evidências de infecção.

COMENTÁRIOS

Dos achados, como ficou demonstrado comparativamente no quadro VI, os dados que figuram significativos são as altas incidências de enurese, de orfandade e de ocorrência de espina bífida (34%), sendo que, segundo Campbell¹, a espina bífida anterior incide normalmente em um terço da população e apenas 5% dela pode ser causa de enurese. Descartando esta última possibilidade, ficamos propensos a aceitar que na grande maioria estamos tratando de problemas funcionais.

A correspondência entre enurese primária e patologia orgânica, e enurese e distúrbios funcionais, não foi por nós verificada no presente estudo, sendo que mais de 90% das crianças e adolescentes órfãos eram enuréticos primários e apenas uma pequena percentagem secundária (figura I). Na explicação de tal fato, alguns dados relativos à enurese devem ser considerados:

ENURESE

1 — A classificação e seu valor de enurese primária e secundária.

2 — O desenvolvimento do controle miccional na infância.

3 — A real e efetiva correspondência que há entre a enurese primária e problemas orgânicos e a enurese secundária com distúrbios funcionais.

4 — Levantamos como questão se no período de desenvolvimento e formação psíquica destas crianças houve interferência de fatores importantes na gênese da enurese, ou seja a ausência de proteção, segurança e educação, decorrendo então distúrbios não só miccionais, como de comportamento e na maneira de interpretação dos fatos da vida.

Para estas questões, invocamos, para explicação, a citação da literatura de que aparentemente há um sensível e vulnerável estágio no desenvolvimento do controle miccional noturno, usualmente durante o terceiro ano de vida. Neste período de tempo, um fator estressante agudo ou crônico pode interferir no desenvolvimento ou aparecimento do controle miccional inibitório, pelo qual os mecanismos neuromusculares são desenvolvidos.³ Assim, sabe-se que, em lares destruídos e após separação traumática da mãe, temos aumento da incidência de enurese^{4, 8, 10}. Por outro lado, relatam que, em torno de 98,5% das crianças educadas em um ambiente de baixa tensão ambiental, com apoio psicológico, tenham adquirido o controle vesical em torno dos 5 anos (Brazelton), o que contrasta com a incidência de 15 a 20% nesta idade, na população geral^{4, 7, 9}.

CONCLUSÕES

1 — O percentual de enurese por nós encontrado (22%) no grupo-estudo é superior ao encontrado na população geral e chega a se aproximar daquele encontrado por Kanner⁶ na clínica psiquiátrica infantil do John Hopkins Hospital, que foi de 26%.

2 — A incidência de enurese no grupo dos indivíduos institucionalizados revela-se, aos 10 anos, 3 vezes maior que nos resultados obtidos por Meadow para a mesma idade, numa população geral (quadro V).

QUADRO I	
DISTRIBUIÇÃO DOS ENURÉTICOS INTERNOS DE ACORDO COM AS IDADES	
FAIXAS DE IDADES	NÚMERO
6 A 7 ANOS	4
8 A 11 ANOS	10
12 A 15 ANOS	6
ACIMA DE 15 ANOS	2

3 — Nosso grupo-estudo apresenta aos 15 anos percentagem de enuréticos 3 vezes maior que a de Meadow, numa população geral da mesma idade (quadro V).

4 — A incidência de enurese no nosso grupo-estudo mostrou-se apreciavelmente superior à do nosso grupo-controle.

5 — A enurese nos indivíduos institucionalizados prevaleceu nitidamente por idades mais avançadas, com incidência significativa (gráfico I).

6 — A enurese primária predominou com mais de 90% em relação à secundária, sendo levantadas aqui as explicações para tal fato.

7 — Das investigações, os fatores que se mostraram mais importantes foram a orfandade e as tensões ambientais, levando-nos a crer que sejam de influência decisiva, conforme tentamos provar ao longo deste trabalho.

RESUMO

Os autores relatam o achado de incidência acima da média de enurese, num grupo-estudo de um orfanato, sendo esta incidência também maior em relação a um grupo de escolares por eles eleitos como grupo de "controle". Concluem, após investigação urológica nestes enuréticos, que a maior taxa de orfandade e as tensões ambientais maiores sejam os fatores determinantes do maior percentual de enuréticos, que, por mecanismo discutido, na grande maioria eram enuréticos primários e não secundários, como era de se esperar, e nesse particular tecem explicações.

SUMMARY

The AA. study enuresis on a group of children in an orphan asylum, in comparison with another control group.

They think that familiar ambient problems as well as orphanage get a decisive influence on the matter.

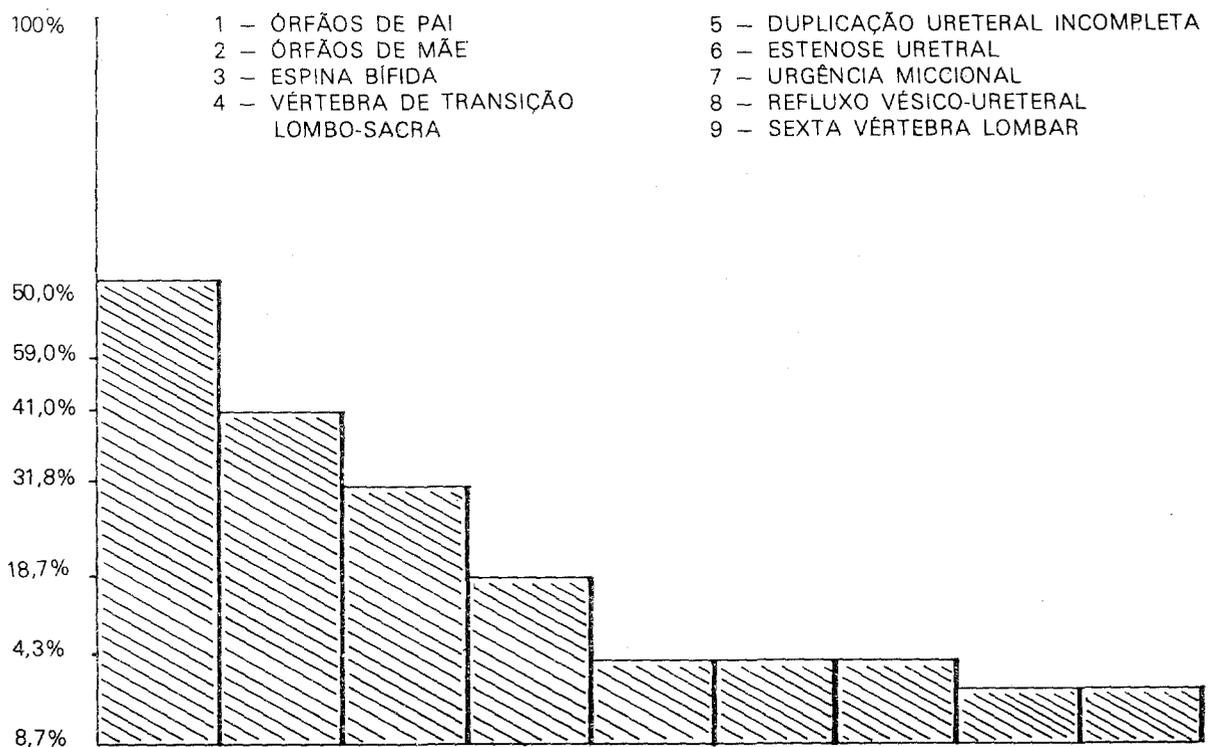
QUADRO II		
QUADRO REPRESENTATIVO DA DISTRIBUIÇÃO DE ORFANIDADE ENTRE OS ENURÉTICOS INTERNOS		
ORFANIDADE	Nº CASOS	%
ÓRFÃOS DE PAI	13	59%
ÓRFÃOS DE MÃE	9	41%

N. G. PRADO "ET AL."

QUADRO III		
ALTERAÇÕES AO RX SIMPLES ENTRE OS ENURÉTICOS INTERNOS		
ALTERAÇÃO	Nº	%
ESPINA-BÍFIDA	7	31,8%
VÉRTEBRA DE TRANSIÇÃO LOMBO-SACRA	4	18,7%
SEXTA VÉRTEBRA LOMBAR	1	4,3%

QUADRO IV		
ALTERAÇÕES ENCONTRADAS AO ESTUDO CONTRASTADO		
ALTERAÇÃO	Nº DE OBSERV.	% ENTRE OS ENURÉTICOS
DUPLICAÇÃO URETERAL INCOMPLETA	2	8,7%
ALTERAÇÃO URETRAL	2	8,7%
REFLUXO VÉSICO-URETERAL	1	4,3%

QUADRO V			
QUADRO COMPARATIVO ENTRE A PREVALÊNCIA DA ENURESE NAS DIFERENTES POPULAÇÕES.			
IDADES	NA POPULAÇÃO GERAL SEGUNDO MEADOW	NO GRUPO DOS INSTITUCIONALIZADOS	NO GRUPO DE CONTROLE DOS ESCOLARES
AOS 10 ANOS	5%	15%	9,8%
AOS 15 ANOS	1%	3%	1,2%



QUADRO VI - REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA INCIDÊNCIA DOS RESULTADOS OBTIDOS NA INVESTIGAÇÃO DOS ENURÉTICOS INTERNOS.

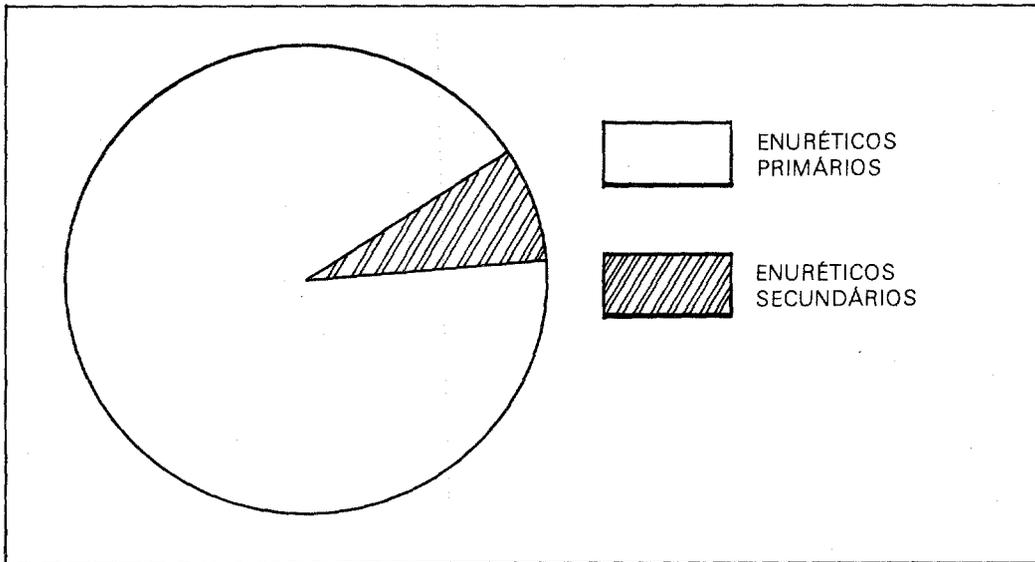


FIGURA I — ESQUEMA REPRESENTATIVO DA PROPORÇÃO ENTRE ENURESE PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA.

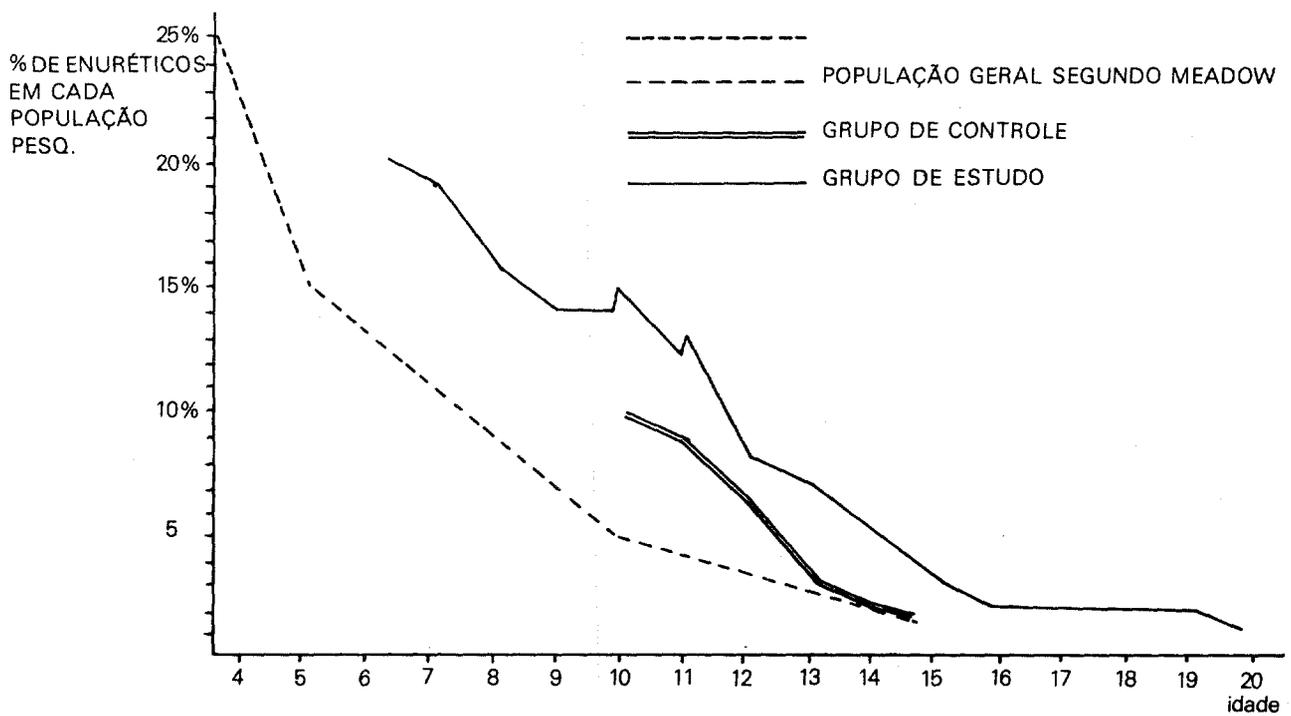


GRÁFICO I — REPRESENTATIVO DOS PERCENTUAIS DE PREVALÊNCIA DA ENURESE NAS DIFERENTES POPULAÇÕES.

BIBLIOGRAFIA

- 1) CAMPBELL, MEREDITH F. *Urology*. 2 ed., 1963. V.3, cap. 46:2085.
- 2) COULOMBIER. Traitement de l'enurésie par l'imipramini chez des enfants retardés. *Inform. Thér.*, 3(4): 22-24, 1965.
- 3) ECKSTEIN, H.B. *Enuresis*. Williams, D. Innes. *Pediatric Urology*. London, Butterworths, 1968, cap. 25; 365.
- 4) HALLGREN, B. Enuresis: a genetic study. *Acta Psychiatr. Neurol. Scand.*, Supl. 114: 1 — 159, 1957.
- 5) HALLGREN, B. Enuresis: I — A study with reference to the morbidity risk and symptomatology. *Acta Psychiatr. Neurol. Scand.*, 31: 379-403, 1956.
- 6) KANNER, L. *Child Psychiatry*. Charles C. Thomas. Ed., pág. 439, 3ª ed., 1957.
- 7) KLACKEMBERG, G. Primary enuresis: When is a child dry at night? *Acta Paediatrica*, 44: 513-518, 1955.
- 8) MC KENDRY, J.B.J.; WILLIAMS, HAL; BROUGHTON, C. Enuresis — A study of untreated patients. *Appl. Ther.*, 10: 815-817, 1968.
- 9) MEADOW, R. Childhood enuresis. *Br. Med J.*, 4: 787 — 789, 1970.
- 10) STEIN, Z. & SUSSER. M. Social factors in the development of sphincter control. *Dev. Med. Child. N.*

cirurgia endoscópica nos polipos congênitos da uretra posterior

RONALDO ZULIAN — ROBERTO ROCHA BRITO — HAMILTON JOSÉ BORGES

Do Departamento de Urologia do Hospital Vera Cruz — Campinas (SP).

O polipo congênito da uretra posterior masculina, embora raro, deve ser lembrado como uma possível causa das queixas miccionais em crianças e adultos.

Trata-se de tumoração benigna, pediculada, que tem sua base de implantação na região supramontanal. Movimenta-se ora para a bexiga, ora para o interior da uretra bulbar, provocando obstrução ao jato urinário ou causando disúria, hematúria e mesmo enurese.

Cerca de quarenta casos são relatados na literatura^{2,3} cujo diagnóstico nem sempre é fácil⁴.

Nossa casuística consta de quatro casos, todos tratados pela ressecção transuretral.

SINTOMAS E DIAGNÓSTICO

A sintomatologia não é patognomônica, mas predominam as queixas localizadas no trato urinário baixo, como: freqüência urinária (2 casos), disúria (2 casos), jato interrompido e micção com esforço (1 caso), ejaculação precoce com espermatorréia (1 caso).

No exame físico, devemos observar o aspecto do jato urinário, quanto à sua força e continuidade.

O toque retal poderá trazer suspeita da existência do polipo.^{6,8}

Um caso apresentou-se com micro-hematúria assintomática persistente, diagnosticada alhures como "nefrite". A leucocitúria esteve presente em 2 casos.

Na urologia excretora, o diagnóstico é sugerido pela imagem negativa única, regular e pequena, localizada junto ao colo vesical (figs. 1 e 7), correspondendo à fase em que o polipo de pedículo longo está em situação intravesical.

Na uretrocistografia de enchimento e miccional, a imagem negativa do polipo se apresenta com grande e característica mobilidade, da região intravesical (figs. 2 e 3) para a uretra bulbar (fig. 8), conforme o fluxo hídrico. Este aspecto é patognomônico do polipo pediculado congênito da uretra posterior.^{2,8}

O exame endoscópico (da uretra e bexiga) foi realizado, sob anestesia local ou geral, evidenciando-se o polipo, em todos os casos, implantado na região supramontanal, sua mobilidade e a projeção sobre o colo vesical. O panendoscópio é o aparelho de escolha devido ao seu ângulo de visão.

O diagnóstico foi sugerido pela urografia excretora nos casos 1 e 4, pela uretrocistografia nos casos 1, 3 e 4 e pela endoscopia no caso 2. A uretrocistografia de enchimento e miccional é o exame que melhor evidencia a lesão.

TRATAMENTO

A ressecção endoscópica transuretral (RTU) foi a operação realizada no quatro casos, sob anestesia geral, epidural ou sacral, com os ressectores infantis de Nesbit ou de Wappler^{9,13}, e os adultos de Iglesias ou Nesbit^{12,24}.

Todo cuidado e respeito à uretra é mandatório para a prevenção dos estreitamentos pós-operatórios. Para tanto, nas crianças, deixamos sonda Foley de permanência, 24 horas antes da intervenção. Outra opção seria realizar a RTU por uretrotomia perineal, como fez Dewolf em recém-nascido de 21 dias.³ Nos adultos, não usamos sonda prévia à RTU.

A ressecção transuretral visa retirar o polipo e sua haste de implantação junto ao verumontano. Isso é conseguido com movimentos em ambos os sentidos da alça do ressector. Nas crianças, o procedimento é bastante trabalhoso, pois o colo vesical e a uretra posterior devem ser preservados. O sangramento é mínimo.

Os fragmentos devem ser aspirados para exame histopatológico.

Uma sonda uretral, tipo Foley, é deixada por 24 a 48 horas e a antibioticoterapia ajustada a cada caso.

DESCRIÇÃO DOS CASOS

Caso 1 — Ficha 24.490, 6 anos, masculino, com queixas de duvidoso edema papebral e diagnóstico alhures de "nefrite". Apesar de repouso e tratamentos, persistia micro-hematúria apenas, com 18 hemácias por campo (400X). Apresentava-se normotenso e com exame físico sem particularidades, em dezembro de 1971. A urografia excretora revelou-se normal, com pequena imagem negativa arredondada junto ao colo vesical (fig. 1). Foi internado e, sob anestesia geral, realizada a uretrocistografia de enchimento, que demonstrou a formação pediculada do verumontano à região intravesical (fig.2). O panendoscópio Mac Carthy¹⁰ demonstrou o polipo móvel,

obstruindo parcialmente a uretra posterior. A bexiga e os meatos eram normais. Foi deixada sonda Foley Q10 por 24 horas, sendo então realizada a RTU do polipo e havendo com isso a normalização da anatomia local. Foi deixada Foley Q12 por 24 horas, tendo sido alta em 48 horas.

O exame histopatológico mostrou tecido conjuntivo fibrilar, coberto pelo urotélio, com infiltrado inflamatório eosinófilo.

Quatro anos após a RTU, permanecia assintomático e com os exames normalizados.

Caso 2 — Ficha 27.451, 20 anos, masculino, com queixa recente de disúria terminal e frequência urinária, não melhorando com prévia antibioticoterapia. O exame físico foi normal e o exame de urina apresentava leucocitúria (22 por campo de 400X) e hematúria (48 por campo 400X) discretas. A urocultura e a pesquisa de BAAR resultaram negativas. A urografia excretora demonstrou apenas espasticidade do sistema coletor do rim esquerdo. A uretrocistografia de enchimento (fig. 3) e miccional revelou a formação polipóide. O exame endoscópico focalizando a uretra posterior confirmou a lesão (fig. 4). No dia seguinte foi realizada a RTU do polipo com o aparelho de Nesbit Q24, preservando-se o colo vesical. Ficou com sonda Foley por 24 horas, tendo alta em 48 horas. O exame histopatológico demonstrou aspecto semelhante ao já descrito. No controle, 6 meses após, estava assintomático quanto à micção e à ejaculação, tendo a uretrocistografia de enchimento (fig. 5) demonstrado aspecto anatômico normal de toda a uretra, colo vesical e bexiga.

Caso 3 — Ficha 25.271, 25 anos, masculino, com queixas de espermatorrêia ao evacuar e ejaculação precoce, sem antecedentes patológicos. Exame físico normal, com congestão prostática ao toque retal. Realizou uma uretrocistografia de enchimento, sem fase miccional, que não revelou o polipo por causa do uso de contraste muito concentrado. Após 4 meses, foi realizada endoscopia, sob anestesia local, no consultório e então a formação polipóide tornou-se evidente. Internado e sob anestesia geral, o polipo foi ressecado com o aparelho de Iglesias.²⁵ Deixado sem sonda, no pós-operatório, teve alta no dia seguinte. O exame histopatológico confirmou tecido fibroso e muscular liso, com metaplasia mucóide de seu revestimento. Ao ser examinado, 4 meses após a RTU, não apresentava queixas miccionais e o exame endoscópico foi normal.

Caso 4 — Ficha 27.700, 2 anos e 3 meses, masculino, com queixas de disúria recente, frequência urinária e certo esforço à micção. Foi constatada infecção urinária, estando sob antibioticoterapia.

Devido à queixa miccional, foi avaliado com exames radiográficos. Durante a uretrocistografia miccional, o jato interrompeu-se várias vezes, e nas chapas o polipo pediculado da uretra posterior tornou-se evidente. Ele se insinuava até a uretra bulbar durante a micção (fig. 8). A urografia excretora demonstrou falta de enchimento junto ao colo vesical (fig. 7). Sob anestesia geral, foi realizada endoscopia, confirmando-se o polipo. Foi deixada sonda Foley por 24 horas e então realizadas meatotomia, postectomia e RTU do polipo com o aparelho de Wappler Q13, respeitando-se o colo vesical. Foi deixada sonda Foley Q10 por 48 horas. Completou o tratamento da infecção e no controle, após 4 meses, estava assintomático, com jato urinário livre e a urocultura negativa.

O exame histopatológico evidenciou estroma fibromuscular liso, com acentuado grau de metaplasia escamosa.

RESULTADOS

A ressecção endoscópica transuretral dos polipos congênitos da uretra posterior em 4 pacientes masculinos de 2 a 25 anos foi curativa.

O seguimento variou de 4 meses a 4 anos, havendo normalização, em todos os casos, do jato urinário, ausência de sintomas urinários ou de infecção.

Não foram observadas complicações.

DISCUSSÃO

Os polipos secundários a processos inflamatórios, que podem ser encontrados no colo vesical masculino ou feminino, não devem ser confundidos com os polipos pediculados congênitos da uretra posterior masculina a que nos referimos.

Estes se originam geralmente na região supramontanal através de um pedículo maior ou menor. São constituídos por tecido conjuntivo fibroso envolvendo vasos e músculos, raramente glândulas e nervos, sendo recobertos por epitélio de transição.

A origem embriológica é discutida⁷, a causa desconhecida^{2,6}, e a incidência também.

Devem ser suspeitados em crianças e jovens com obstrução do jato urinário ou sintomas de irritabilidade uretrovesical, causada pelo processo inflamatório que o polipo determina, e que desaparece com a exérese do mesmo.

A sintomatologia é variada, não específica, sendo o início dos sintomas geralmente abrupto, apesar de os exames demonstrarem obstruções de longa data⁷.

Apesar de ser possível em certos casos sentir-se o polipo pelo toque retal^{6,8}, isso nem sempre ocorre.

POLIPOS CONGÊNITOS

A uretrocistografia de enchimento e miccional é o exame radiográfico mais útil no diagnóstico do polipo, tendo Meadows³ encontrado 4 casos de polipos em mais de 600 uretrocistografias realizadas. A endoscopia confirma a lesão, mas pode ser diagnóstica, como no caso 3.

Na urografia excretora, a falha única de enchimento junto ao colo vesical é bastante sugestiva e o diagnóstico diferencial com o sarcoma botrióide, a ureterocele e outras lesões vesicais, geralmente, não oferece dificuldade.

A cura é obtida pela cirurgia transuretral ou transvesical.

A RUT é, a nosso ver, o método de escolha, pois permite a cura em recém-nascidos³, crianças⁵ e adultos, virtualmente sem complicações. Somente pela impossibilidade de se utilizar dos recursos endoscópicos é que se justificaria a cirurgia aberta.

Pela cura conseguida em todos os casos, não podemos concordar com Williams⁸, que defende a exérese por via transvesical, acreditando "talvez que a eliminação do polipo, mediante cistostomia a céu aberto, seja provavelmente mais completa".

Visando a prevenção dos estreitamentos uretrais nas crianças, deixamos sonda Foley por 24 horas antes da RTU. Outra alternativa seria realizá-la através da uretrotomia perineal³.

Durante a RTU, os movimentos da alça do ressector em ambos os sentidos devem ser cuidados, para não ferir o colo e a uretra posterior. Nesse sentido, o toque retal auxilia a ressecar somente o polipo e sua haste de implantação junto ao verumontano.

Não há evidências de recidivas de tais polipos a longo prazo.

RESUMO

São apresentados 4 casos de polipos congênitos da uretra posterior masculina, curados pela ressecção endoscópica transuretral. Os avanços endoscópicos permitem a cura dessas raras tumorações benignas em qualquer idade. São relatados cerca de quarenta casos na literatura mundial.

SUMMARY

Four cases of congenital posterior urethral polyps were cured by transurethral resection. The endoscopic advances allow us to cure these rare benign tumors at any age. About forty case are related in the literature.

AGRADECIMENTO

Agradecemos aos Drs. F. J. Monteiro Salles e A. C. Baccili pela documentação histopatológica.

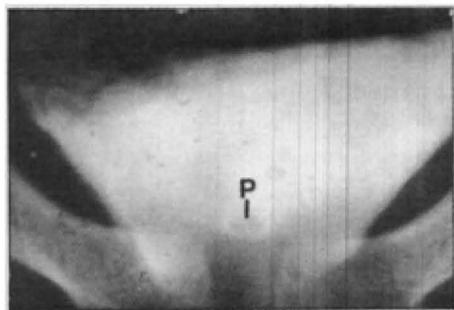


Fig. 1 — Cistograma com a pequena falha de enchimento junto ao colo vesical. P=POLIPO.

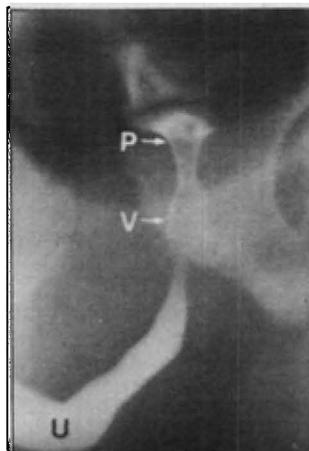


Fig. 2 — Uretrocistografia de enchimento: polipo visível como falha de enchimento supramontano. U=URETRA; V=VERUMONTANO; P=POLIPO.

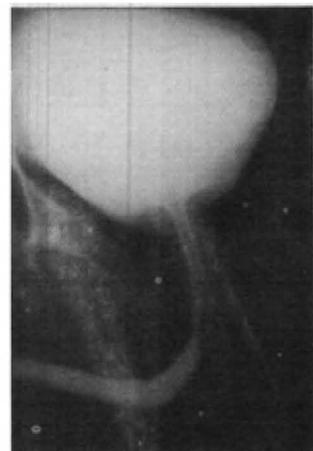


Fig. 3 — Uretrocistografia de enchimento, mostrando falha de enchimento alongada do verumontano à região intravesical, provocada pelo polipo uretral.

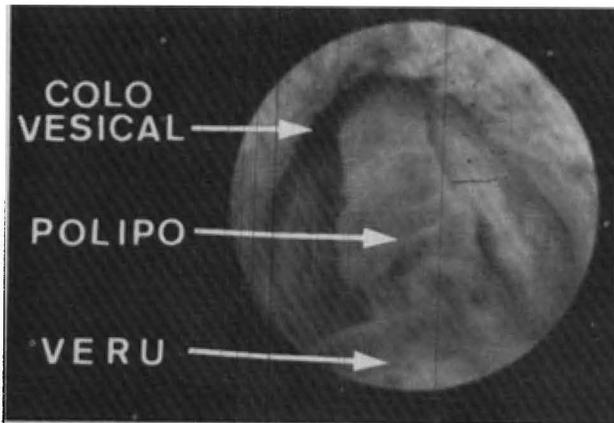


Fig. 4 — Foto endoscópica do polipo, verumontano e colo vesical.



Fig. 5 — Uretrocistografia de enchimento: aspecto normal pós- RTU do polipo.

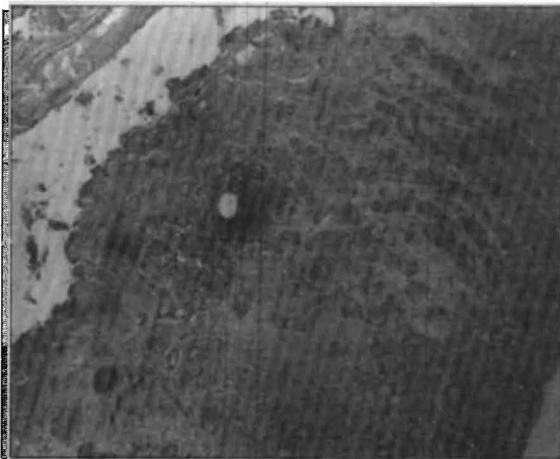


Fig. 6 — Aspecto histopatológico do polipo: tecido fibromuscular liso, com metaplasia do seu revestimento.

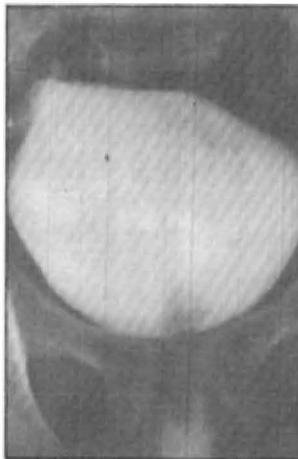


Fig. 7 — Cistografia, mostrando a projeção intravesical do polipo junto ao colo vesical.



Fig. 8 — Uretrocistografia miccional, evidenciando o polipo, estendendo-se da região supravesical à uretra bulbar.

BIBLIOGRAFIA

- 1) AZNAR, A. I. & MARTINEZ PEÑUELA V., J. M. Urinary Retention due to Congenital Posterior Urethral Polyp in a Boy. *Brit. J. Urol.*, 48:478, 1976.
- 2) BAGLEY, F. H. & DAVIDSON A. I. Congenital Urethral Polyp in a Child. *Brit. J. Urol.*, 48:278, 1976.
- 3) DEWOLF, W. C. & FRALEY, E. E. Congenital Urethral Polyp in the Infant: case report and review of the literature. *J. Urol.*, 109:515-516, 1973.
- 4) GATEWOOD, O. M.; CALHOUN, R. L. & LEVIN, S. Pendunculated Polyp of the Posterior Urethra. *J. Urol.*, 97:1052-1055, 1967.
- 5) MEADOWS JR., J. A. & QUATTLEBAUM, R. B. Polyps of the Posterior Urethra in Children. *J. Urol.*, 100:317-320, 1968.
- 6) SIMAS, W.; CHIOSSI, J. C. H. & VAL., W. Obstrução polipoide do colo vesical em criança: apresentação de 2 casos. *Rev. Paul. Med.*, 76:371-382, 1969.
- 7) STUEBER, P.J. & PERSKY, L. Solid tumors of the Urethra and Bladder Neck. *J. Urol.*, 102:205-209, 1969.
- 8) WILLIAMS, I. D. *Nefrourologia Pediatrica*, pg. 368-370. Ed. Panamericana, 1976.

tratamento cirúrgico da doença de peyronie com enxerto dérmico

LOURIVAL BARBALHO — JOSÉ CAETANO NEVES — HAMILTON VELOSO COSTA — EDUARDO BEZERRA.
Da Clínica Urológica do Pará — Hospital São Paulo — Belém (PA).

INTRODUÇÃO

O homem, durante a sua vida sexual, depara com afecções que o tornam mais preocupado e menos senhor de sua virilidade; entretanto, o ser humano, na escala de seus conhecimentos, tenta amenizar e erradicar esses males que molestam, deprimem e incapacitam o ser escolhido para a perpetuação da raça humana.

Para tal, faz-se necessário o melhor conhecimento dessas afecções, já que a medicina, com o avanço técnico do século XX, tem meios de se empenhar com êxito nesta batalha constante e inevitável.

A doença de Peyronie, ocorrendo em indivíduos de 40 a 60 anos, é uma dessas afecções prejudiciais à virilidade e à reprodução humana, pois, no decurso de sua evolução, o paciente evita a relação sexual em virtude de o coito ser bastante doloroso.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Doença de Peyronie, ou induração plástica do corpo cavernoso, é uma afecção de etiologia desconhecida, caracterizada por uma proliferação fibrosa, que se inicia no tabique existente entre os corpos cavernosos, podendo estender-se para a fâscia de Buck e seguir invadindo os tecidos vizinhos. Este tecido duro altera a função normal do órgão, e a ereção é dolorosa. A doença, apesar de não lesar o órgão, provoca deformação do pênis quando erecto, com curvatura superior, inferior ou lateral, dificultando o coito. Foi descrita pela primeira vez por François de la Peyronie, em 1743.

Esta enfermidade é de começo insidioso e de lenta evolução e seu prognóstico é desalentador, tanto para o médico como para o paciente.

Em alguns casos, concomitantemente, o paciente apresenta a curvatura palmar de Dupuytren, afecção semelhante à doença de Peyronie.

TRATAMENTO

O tratamento é conservador. Há necessidade de se comunicar ao paciente que ele não é portador de câncer e que sua doença não resultou de suas práticas sexuais, havendo também excelentes chances de ser curado.

O rádio, a radioterapia, a eletrólise, a diafermia ultra-som têm fracassado. Afirma-se que a injeção local de hialuronidase e prednisona, dentro das placas e em torno delas, favorece o seu amolecimento e, inclusive, o seu desaparecimento. A administração de alfatocoferol (vitamina E) intervém no metabolismo e função do tecido conjuntivo, fibras elásticas e colágenas, razão pela qual o seu uso está indicado na enfermidade, melhorando os transtornos funcionais dolorosos e evitando recidivas. Porém, em muitos pacientes, houve persistência da lesão e dos sintomas após o tratamento clínico. Por isso, iniciou-se tratamento cirúrgico, que consistia na retirada da placa fibrótica, o que geralmente era insatisfatório, pois o tecido extirpado era substituído por tecido cicatricial mais abundante.

Técnica de Charles J. Devine Jr e Charles E. Horton
Descrição

Incisão circular logo abaixo do sulco bálano-prepucial, rebatendo pele, tecido celular subcutâneo, expondo por completo a placa fibrótica, evitando-se o máximo lesar as inervações e os vasos.

Exérese da placa fibrótica, evitando, se possível, lesar a albugínea com a fâscia de Buck. Hemostasia perfeita.

Na parede abdominal, escolhe-se a porção mais glabra e faz-se a incisão, retirando-se o retalho dérmico suficiente para encher todo o espaço deixado com a retirada da placa fibrótica.

Deve-se retirar a epiderme, deixando apenas o derma, com pouco tecido celular subcutâneo, que será suturado com Dexon 0000, pontos separados. Recomposição dos planos anatômicos. Curativo compressivo furacinado, que será removido no 3º dia pós-operatório.

No pós-operatório faz-se:

- 1) antibioticoterapia.
- 2) antiinflamatório.
- 3) sedativos.

Após 10 dias, inicia-se o tratamento com vitamina E 100 mg, 3 vezes ao dia, durante 6 meses a 1 ano.

Apresentação de 1 caso

J.L.C., 49 anos, casado, residente em Belém-PA. Doente há 1 ano, apresentando pequena nodulação na parede dorsal do pênis, evoluiu com aumento de volume, ereção dolorosa, estrangulamento do pênis e desvio de glândula para o lado esquerdo. Fez tratamento com vitamina E, injeções locais de hialuronidase e prednisona. Radioterapia. Como o tratamento clínico não surtiu efeito, foi operado em 2 de julho de 1975, na Clínica Urológica do Pará — Hospital São Paulo, usando-se a técnica do enxerto dérmico.

Em Belém, observamos 2 casos, sendo que o 1º foi o Sr. J.R.C.M., 40 anos, motorista, residente também em Belém. Apresentou a mesma sintomatologia, sendo operado em 1974, na Clínica Urológica do Pará — Hospital São Paulo, usando-se a técnica do enxerto dérmico.

Em ambos os casos, os resultados foram ótimos, desaparecendo todos os sintomas. Foram reexaminados no dia 20.10.77, ambos com atividade sexual satisfatória.

RESUMO

A doença de Peyronie é de difícil tratamento. De fator etiológico ainda desconhecido, é caracterizada

pela hialinização do tecido conectivo elástico da túnica albugínea do corpo cavernoso do pênis.

Muitas modalidades de tratamento têm sido recomendadas. Temos tido êxito com a técnica do enxerto dérmico. Exérese da placa fibrótica, com enxerto dérmico da parte mais glabra do abdômen. Até o presente momento, temos tratado esses casos de doença de Peyronie com 100 mg de vitamina E, 3 vezes ao dia, durante 6 meses a 1 ano, em seguida ao pós-operatório.

SUMMARY

Peyronie's disease is difficult to treat. The etiologic factor is still unknown and the occasional spontaneous disappearance of the lesions makes assessment of therapy most difficult. Many treatment modalities have been recommended and each seems to act in a portion of the patients treated. Our operation has been successful in relieving curvature and penile pain. We resect the hyalinized plaque and repair the defect in the "tunica albuginea" with a patch graft of dermis from the abdomen. At the present time we treat all our cases of Peyronie's disease with 100 mg vitamin E 3 times daily.

N. da R. — Acompanha o artigo uma Bibliografia, constando de sete citações, não publicada por não se enquadrar nas normas do JBU.

Os interessados poderão dirigir-se diretamente aos autores.

esquistossomose mansônica de cordão espermático

CARLOS RIBEIRO — CHAFI ABDUCHI

Na espécie humana o *S. Mansoni* se instala primariamente nas ramificações venosas do sistema porta (plexo hemorroidário), onde a fêmea deposita seus ovos, os quais são eliminados pelas fezes. Porém, tem sido comprovada a eliminação de ovos de *S. Mansoni* através da urina e esperma. Segundo Faust, são consideradas formas ectópicas da esquistossomose mansônica as lesões produzidas por formas maduras ou imaturas fora das veias do sistema porto-cava, incluindo-se as extensões das arteríolas pulmonares. A presença do verme ou seus ovos, em localização ectópica, dá-se provavelmente por passagem intravascular do sistema porto-cava para outras localizações menos freqüentes. Alguns órgãos, como o intestino grosso, fígado, pulmões, são mais comprometidos e outros, como o sistema geniturinário, menos atingidos. Segundo Campos, vários patologistas clínicos confirmam a presença de ovos de *S. Mansoni* no esperma, em serviços de rotina, sendo, no entanto, encontrados mais freqüentemente em necrópsias.

Diante da baixa freqüência com que a esquistossomose mansônica acomete o sistema geniturinário masculino e feminino, publicamos o registro de um caso ocorrido no Serviço de Urologia do Hospital São Camilo de São Paulo.

MATERIAL

J.R.S.S., 26 anos, branco, masculino, solteiro, natural do Estado de Minas Gerais, procurou nosso serviço, queixando-se da presença de nódulo no cordão espermático direito, mais ou menos 1 cm acima do testículo, o qual lhe causava muita preocupação, negando qualquer outra queixa geniturinária. Após exame clínico da referida nodulação, e com exames laboratoriais normais, indicamos a exploração cirúrgica da mesma, com finalidade diagnóstica. Submetido a exploração cirúrgica da hemibolsa direita, no ato cirúrgico, foi encontrado nódulo, de aproximadamente 1 cm de diâmetro, de superfície granulosa, cor vinhosa, consistência firme, e circundado de discreta reação inflamatória, sobre o cordão espermático direito a 1cm da cabeça do epidídimo.

Após a exérese da nodulação, a mesma foi encaminhada para exame histopatológico, cujo resultado foi o seguinte: exame macroscópico, formação irregular medindo 0,7 x 0,5 x 0,5 cm, superfície externa granulosa, acastanhada. A consistência é firme. Aos cortes tem aspecto estriado, esbranquiçado, mos-

trando na sua porção central área grosseiramente granulosa, vinhosa, medindo 0,4 cm no maior eixo. O espécime é inteiramente submetido a exame histológico.

Exame histológico — Os cortes histológicos demonstram tecido conjuntivo denso. Na porção central, observa-se área hemorrágica intersticial e arranjo granulomatoso de tipo corpo estranho. Este encerra restos celulares e restos de verme adulto (fig. 1), com membrana dupla na periferia. Perifericamente, observa-se intenso e difuso infiltrado linfo-histiocitário, múltiplos eosinófilos e raras células estranhas de tipo corpo estranho. Exsudato eosinofílico difuso e observado, dissociando áreas com proliferação fibroblástica e fibras musculares isoladas, sem atipias nucleares. Não há sinais de malignidade.

Diagnóstico — Tecido conjuntivo denso, com reação inflamatória crônica granulomatosa de tipo corpo estranho e restos de verme adulto, não identificável.

Laudo adicional — Após novos cortes efetuados no material recebido para exame, evidenciou-se ovos de *S. Mansoni* em meio ao tecido conjuntivo. Tal achado firma o diagnóstico definitivo de esquistossomose mansônica de cordão espermático (exame procedido pelo Dr. Roberto Mazza Faria).

DISCUSSÃO

Após revisão da literatura, poucos trabalhos encontramos que tratam em profundidade da esquistossomose mansônica do trato geniturinário, e na grande maioria deles inconclusivos, quanto aos aspectos clínicos e fisiopatológicos em que esta helmintíase pode repercutir sobre a vida sexual e reprodutiva de seu portador.

Alguns trabalhos revistos referem o encontro de ovos de *S. Mansoni* no esperma ejaculado, colhido através da masturbação, tornando teoricamente possível a infestação de caramujos. Junqueira, encontrou lesões no pênis e testículos em necrópsias, relacionadas com esquistossomose hematôbica, recordando que a próstata, vesículas seminais, testículos, uretra, pênis, cordão espermático e epidídimo são localizações do aparelho geniturinário masculino já citadas na literatura como localizações ectópicas menos freqüentes, provenientes do foco primário (sistema porto-cava).

Registramos mais um caso de esquistossomose mansônica de trato geniturinário masculino com o intuito de advertir quanto à possibilidade desta entidade nosológica ser pesquisada e diagnosticada mais a miúdo nos exames de rotina, principalmente levando-se em consideração a importância epidemiológica da esquistossomose em nosso meio.

O doente recebeu tratamento específico com oxamniquine, de acordo com seu peso corporal.

RESUMO

Os autores tecem consideração sobre achado ocasional de ovos de *S. Mansoni* em nodulação de cordão espermático, em paciente de 26 anos, que foi tratado cirurgicamente.

SUMMARY

The AA. make some considerations about occasionally found eggs of *Schistosoma Mansoni* in nodulation of spermatic cord, in a 26 year-old patient, which was treated surgically.



Granuloma de corpo estranho e restos de verme adulto de *S. Mansoni*. Fotomicroscópico Zeiss — Objetiva 40X. Coloração HE.

N. da R. — Acompanha o artigo uma Bibliografia, constando de quatro citações, não publicada por não se enquadrar nas normas do JBU.

Os interessados poderão dirigir-se diretamente aos autores (Rua Baicuri, 279 — Alto de Pinheiros — S. Paulo (SP). Tel. 260-9458).

autocateterismo vesical intermitente. uma opção para as disfunções vesicais

SÉRGIO M. LEHFELD — PERCIVAL MARTINELLI — ANTÔNIO C.P. MARTINS
HAILTON J. SUAID — PHILADELFO M. GOUVEIA FILHO.

Da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (SP)

O autocateterismo vesical intermitente, não-estéril, tem sido adotado por alguns centros urológicos para os pacientes que não conseguem promover um esvaziamento vesical completo, quer por uropatia obstrutiva, descompensação do músculo detrussor ou bexiga neurogênica.

Esta conduta tornou-se aceitável, após uma série de verificações experimentais, desenvolvidas principalmente por Lapidés e Cols., em que ficou reafirmado o conceito de que a infecção urinária e suas complicações são resultantes da quebra do equilíbrio entre a agressão do germe patológico e a resistência interna do indivíduo, sendo este fator de primordial importância.

Os mecanismos de defesa antibacteriana da bexiga constituem-se, fundamentalmente, em um esvaziamento vesical completo periódico e esterilização da urina residual pela mucosa vesical.

A diminuição da perfusão tecidual, que ocorre em uma bexiga superdistendida pela alta pressão hidrostática intravesical, constitui o mais importante fator na gênese das cistites e pielonefrites. O esvaziamento vesical completo e intermitente pelo cateterismo limpo, porém não estéril, impedindo a hiperdistensão e, portanto, a má perfusão vesical, previne o estabelecimento da infecção, superando, com vantagens, a contaminação ascendente resultante do processo.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram selecionados para o programa de autocateterismo vesical oito pacientes, que não conseguiam promover um esvaziamento vesical completo e apresentando um quadro persistente de cistite e/ou pielonefrite e incontinência urinária.

O grupo era constituído por 6 pacientes do sexo feminino e 2 pacientes do sexo masculino, sendo a faixa etária de 2 a 60 anos.

A etiologia da disfunção vesical era bexiga neurogênica em 7 pacientes, sendo 3 por meningo-mielocele, 3 por traumatismo medular e 1 por espina bífida. Somente um paciente apresentava descompensação do músculo, conseqüente a um prostatismo e agravada por um acidente vascular cerebral.

O período de seguimento variou de 2 a 15 meses, sendo feitos exames periódicos de urocultura e controle radiológico ocasional.

Todos os pacientes foram mantidos, na fase inicial do autocateterismo, em um esquema de quimioprofilaxia.

Os pacientes e/ou responsáveis foram muito bem esclarecidos da necessidade, importância, mecanismos e vantagens do autocateterismo, tendo, inclusive, passado por um programa de treinamento, sob supervisão direta, da prática do autocateterismo.

O material empregado consiste de uma sonda de borracha tipo Nelaton, para ambos os sexos, ou uma sonda de vidro com extremidade angulada, para o sexo feminino. É ainda necessário um recipiente com tampa, contendo bolas de algodão embebidas em solução antisséptica, um tubo de lubrificante anestésico e toalha ou lenço de papel.

Para se proceder ao autocateterismo, foi esquematizada a seguinte técnica:

a — Disponer o material necessário em posição de fácil acesso para a mão que vai promover o autocateterismo.

b — Lavar muito bem as mãos com água e sabão.

c — Assumir uma posição confortável no sanitário.

Para o sexo feminino

1 — Afastar os grandes lábios da vagina com os dedos indicador e médio da mão auxiliar.

2 — Fazer assepsia do intróito da vagina com o algodão embebido em solução antisséptica, sempre no sentido de cima para baixo, pelo menos por 4 vezes, desprezando a cada vez o algodão.

3 — Sem desfazer a posição, pegar a sonda à certa distância da extremidade, lubrificá-la, se necessário, e introduzi-la delicadamente pelo meato uretral.

4 — Ao final da drenagem, fazer manobra de Valsalva e/ou Credé, para garantir o completo esvaziamento vesical.

Para o sexo masculino

1 — A sonda vesical deverá ser de borracha (Nelaton), de calibre reduzido em relação à uretra, para se evitar traumatismos.

2 — É obrigatório fazer assepsia e lubrificar a sonda.

3 — Os demais passos são semelhantes aos atribuídos para o sexo feminino.

Ao término do autocateterismo, a sonda deverá ser exaustivamente lavada, enxaguada e, depois de bem seca, deverá ser acondicionada em novo lenço de papel para novo uso.

RESULTADOS

Podemos considerar como bons resultados 3 casos, todos com mais de um ano de seguimento, que vêm se mantendo com urina estéril há mais ou menos 6 meses. Como resultado satisfatório, temos 4 casos,

em que, apesar de apresentarem ainda freqüentemente uroculturas positivas, houve grande melhora do quadro clínico, estando assintomáticos e continentos. Apenas um caso está sendo considerado como de mau resultado: trata-se de uma paciente de 15 anos, com bexiga neurogênita por meningomielocele, que se tornou rebelde ao tratamento pelo autocateterismo. Caso não consigamos contornar este problema, será proposta uma derivação urinária, em vista do início do comprometimento de ambos os rins.

DISCUSSÃO

Apesar do pequeno número de casos e curto tempo de evolução, os resultados apresentados até o momento nos estimulam a continuar com esta conduta, considerando a relativa facilidade desta terapêutica e, sem dúvida, o aspecto mais importante, a reintegração psico-social do paciente e/ou familiares, relegando, então, as derivações urinárias para os casos de insucesso.

vasectomia prévia nas cirurgias prostáticas: sim ou não?

SAUL GUN — SÉRGIO R. NASSAR — FERNANDO BIAZZI — WAGNER SILVA FAUSTINO — DARCY V. ITIBERÊ.

Da Faculdade de Medicina de Sorocaba (CCBMS — PUC — SP).

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Sendo a epididimite uma intercorrência relativamente freqüente em pacientes operados da próstata, e tendo encontrado opiniões heterogêneas, tanto na literatura como nas experiências consultadas a respeito da vasectomia prévia como meio seguro de preveni-la, propusemo-nos a fazer um estudo amplo sobre o problema, com a intenção de lançar algumas conclusões.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudamos 180 casos de pacientes por nós operados, por diferentes técnicas, sondados ou não

préviamente e submetidos a vasectomia uni ou bilateral ou ainda não vasectomizados, e os selecionamos com o aparecimento de epididimite pós-operatória dentro de um "follow-up" de 3 anos.

RESULTADOS

Dos 180 casos estudados, nos quais procedemos das maneiras já explicadas, tivemos 18 casos de epididimite pós-operatória, ou seja 10%. Para facilitar a compreensão, conjugamos os resultados encontrados em quadros, o que facilita bastante seu entendimento.

QUADRO 1

QUADRO DEMONSTRATIVO DA INCIDÊNCIA DE EPIDIDIMITE PÓS-OPERATÓRIA EM RELAÇÃO À TÉCNICA CIRÚRGICA EMPREGADA

Técnica utilizada	Epididimite
Harris ou Millin 98 casos	9 casos
R. T. U. 82 casos	9 casos

QUADRO 2

QUADRO DEMONSTRATIVO DA INCIDÊNCIA DE EPIDIDIMITE EM RELAÇÃO À SONDAGEM VESICAL PRÉVIA

Sondagem prévia	Epididimite
SIM	11 casos
NÃO	7 casos

QUADRO 3

QUADRO DEMONSTRATIVO DA INCIDÊNCIA DE EPIDIDIMITE EM PACIENTES NÃO VASECTOMIZADOS, UNIVASECTOMIZADOS E BIVASECTOMIZADOS.

Relação dos casos estudados	Sem vasectomia	Com vasectomia unilateral	Com vasectomia bilateral
Nº de casos (totais)	59	10	111
Nº de casos com epididimite	15	2 (lados não vasectomizados)	1

QUADRO GERAL DOS RESULTADOS OBTIDOS

	Nº de casos	Epididimite	Com sondagem prévia	Sem sondagem prévia	TÉCNICA Harris ou Millin	R. T. U.
Com vasectomia bilateral	111	1	98	13	66	45
Com vasectomia unilateral	10	2	6	4	4	6
Sem vasectomia	59	15	37	22	28	31
Totais	180	18	141	39	98	82

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Em relação à técnica cirúrgica empregada, observamos que a mesma não parece ter influência sobre a incidência de epididimite (Quadro I).

Notamos, entretanto, que os pacientes sondados previamente não apresentaram um maior índice de epididimite (Quadro 2).

Pela análise dos quadros 3 e 4, verificamos que os pacientes operados não vasectomizados apresentaram um índice bem alto de epididimite pós-operatória, bem como os pacientes vasectomizados unilateralmente que apresentaram epididimite no lado não vasectomizado. Em contrapartida, os pacientes vasectomizados apresentaram um índice desprezível de epididimite pós-operatória.

Concluimos, portanto, que, pela nossa casuística e pelo nosso "follow-up", a vasectomia prévia realmente previne a epididimite nas cirurgias da próstata.

RESUMO

Sendo a epididimite uma intercorrência freqüente em pacientes operados da próstata e tendo encontrado opiniões divergentes sobre a validade ou não da vasectomia prévia para sua prevenção, fizemos um estudo crítico em 180 pacientes operados da próstata por diferentes técnicas, sondados ou não previamente e vasectomizados uni ou bilateralmente ou mesmo não vasectomizados, no intuito de apresentarmos nossa opinião pessoal sobre tão controverso assunto.

Este trabalho foi realizado com um "follow-up" de 3 anos.

SUMMARY

As epididymitis is a common complication in patients prostatectomized and as there are controversial feelings about previous vasectomy as a prevention, we made a critical analysis in 180 patients prostatectomized by different techniques, previously catheterized or not and uni or bilateral vasectomized in order to present our own opinion about this controversial subjects.

This work has been performed with a three years follow-up.

BIBLIOGRAFIA

- AGEN, J. W., et al. Vasectomy: Who gets one and why? *Am. J. Public Health*, 64: 680 — July 74
- ALIFFI, E., et al. Personal experiences with preventive vasectomy in course of surgical and endoscopic interventions involving the lower urinary tract. *Minerva Urol.*, 26 (6): 277-82 Nov. — Dec. (Eug. Abstr.).
- ARVIS, G. Vasectomy: consequences and indications. *Nouv. Presse Méd.*, 5 (3) A: 1968-10, 24 Sept. 76.
- ROCHA BRITO R., ZULIAN R., BORGES, H. Urinary Reflux to the seminal vesicle after transurethral prostatectomy. *American Association of Genito-surgeons*, 113-1974.
- SEILEN, E. R. Vasectomy in surgery. *Brit. Med. J.*, 232, 28 Oct. 1972.
- SINGH, A., et al. Role of Vasectomy in the prevention of post-prostatectomy epididymitis. *J. Indian Med. Assoc.*, 64 (9) 228-31, May 1975.
- WAGENARR, E. Vasectomy in the prostatic surgery. *J. Eur Urol.*, 1 (6): 275-7, 1975.