VOLUME 4 JULHO-SETEMBRO DE 1978 NÚMERO 3

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 – PRÊMIO ARMANDO AGUINAGA

FLAGRANTES HISTÓRICOS DA SBU

FEOCROMOCITOMA EM PACIENTES ASSINTOMÁTICOS

ANÁLISE CRÍTICA DA LINFOCITÚRIA NO TRANSPLANTE RENAL

VALORIZAÇÃO ARTERIOGRÁFICA DE TUMORAÇÃO RENAL E ACHADO CIRÚRGICO

TRAUMATISMO RENAL: EXTRAVASAMENTO DE CONTRASTE E TRATAMENTO CONSERVADOR

EMBOLIZAÇÃO BILATERAL DAS ARTÉRIAS RENAIS EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO MALIGNA

HEMORRAGIA RETRO E INTRAPERITONEAL PROVOCADA POR RUPTURA ESPONTÂNEA DE ANGIOMIOLIPOMA RENAL

MELANOMA SECUNDÁRIO DE PÉLVIS RENAL, URETER E BEXIGA

PREVALÊNCIA DE URINOCULTURA POSITIVA SEGUNDO DOIS CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO DO EXAME: UM ESTUDO HOSPITALAR

OCORRÊNCIA DE NEOPLASIAS MÚLTIPLAS DISTINTAS EM UROLOGIA

CONSIDERAÇÕES SOBRE TRANSURETERO - URETEROSTOMIA

CÂNCER DE PRÓSTATA E CÂNCER DE MAMA

ESQUISTOSSOMIASE MANSÔNICA DE LOCALIZAÇÃO VESICAL E PROSTÁTICA; SIMULTANEIDADE COM CARCINOMA DE BEXIGA

SUSPENSÃO ENDOSCÓPICA DO COLO VESICAL NA CORREÇÃO CIRÚRGICA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO

URETROTOMIA INTERNA ENDOSCÓPICA

CONDILOMA ACUMINADO URETRAL - TRATAMENTO COM 5 - FLUOROURACIL A 5%

CORNOPENIANO LOCALIZADO NA GLANDE

INCIDÊNCIA DE CÂNCER DO PÊNIS

CURVATURA CONGÊNITA DO PÊNIS - URETRA CURTA

ESTREITAMENTO DE URETRA - VIA DE ACESSO TRANSPÚBICA

XVII Congresso Brasileiro de Urologia: 11 a 16 de Novembro de 1979 – Hotel Nacional (Rio).

JORNAL BRASILEIRO DE UROLOGIA
ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA

DIRETORIA

Presidente:
Sérgio D'Avila Aguinaga

Presidente eleito:
João Atila Rocha

1° Vice-Presidente:
José Oswaldo Soares

2° Vice-Presidente:
Adroaldo Rodrigues Neiva

Secretário Geral:
Aday Coutinho

1° Secretário:
Rubem de Andrade Arruda

2° Secretário:
Aparecido Nazar

3° Secretário:
Roger Guimarães Levinsh

1° Tesoureiro:
Mário dos Santos D'Annunciação

2° Tesoureiro:
José Cláudio Machado Ramalho de Azevedo

3° Tesoureiro:
Irineu Rubinstein

Bibliotecário:
Washington Quirino

Redator-Chefe do "Jornal Brasileiro de Urologia":
Alberto Gentile

Editor do JBU:
Bernardo M. de Almeida

Conselho Editorial:
Haward 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. Perningotti.
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 quâlquer 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'IORIO, 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

PRÊMIO ARMANDO AGUINAGA
(Regulamento)

A — Criado pela Sociedade Brasileira de Urologia, em sessão de 05 de abril de 1978, será atribuído por ocasião de seus Congressos Brasileiros.

B — Constitui homenagem da família Aguinaga e da SBU ao Dr. Armando Aguinaga, médico, ginecologista e obstetra, que se dedicou por 60 anos às atividades profissionais. Durante 45 anos, chefiou o Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital São Francisco de Assis, no Rio de Janeiro, sem qualquer remuneração pecuniária. criou "escolas", com discípulos estabelecidos em todo o país. Faleceu aos 85 anos, lúcido, sem deixar seu entusiasmo pela medicina ou de acompanhar os progressos da especialidade.

C — O PRÊMIO ARMANDO AGUINAGA constará de medalha, respectivo diploma, publicação de trabalho no "Jornal Brasileiro de Urologia" e um prêmio material a ser determinado pelo Conselho de Economia da SBU, contando com doação do capital inicial pela família Aguinaga.

D — Regulamentação:

Artigo 1º — Fica criado o PRÊMIO ARMANDO AGUINAGA com regulamentação própria e com os objetivos definidos a que se destina, de acordo com o Artigo 1º, letra i, do Estatuto da SBU.

Artigo 2º — O PRÊMIO ARMANDO AGUINAGA será conferido em cada Congresso, durante um dos atos solenes e entregue pelo Presidente da SBU ou pessoa da família Aguinaga.

Artigo 3º — O Prêmio será outorgado ao melhor trabalho de Urologia em Ginecologia ou Obstetrícia, inscrito no Congresso Brasileiro de Urologia.

Parágrafo 1º — As inscrições para o Prêmio serão encerradas improrrogavelmente até 60 (sessenta dias) antes do Congresso Brasileiro de Urologia.

Parágrafo 2º — Os trabalhos serão endereçados à "Comissão PRÊMIO ARMANDO AGUINAGA" e recebidos pelo Secretário Geral, Secção Sede, dentro do prazo citado.

Artigo 4º — O Presidente da SBU indicará uma comissão de 3 membros titulares, cujos nomes manterá em sigilo, para escolherem o trabalho a ser premiado.

Parágrafo único — A escolha do trabalho pela Comissão referendada pelo Presidente da SBU é irrecorrível e irrevogável.

Artigo 5º — O PRÊMIO ARMANDO AGUINAGA será constituído de uma medalha, respectivo diploma e um prêmio material a ser designado em cada outorga pelo Conselho de Economia da SBU.

Parágrafo 1º — O prêmio material será determinado resguardando-se o capital inicial e um fundo de reserva.

Parágrafo 2º — O numerário será depositado ou investido em conta independente, devendo o tesoureiro da SBU apresentar ao Presidente da SBU o balanço específico da mesma ao final do mandato.

Parágrafo 3º — A conta será movimentada com as assinaturas do Presidente da SBU ou do Secretário Geral e do Tesoureiro.

Artigo 6º — O trabalho premiado será publicado no "Jornal Brasileiro de Urologia", constando a inscrição "PRÊMIO ARMANDO AGUINAGA", sendo de propriedade do acervo científico da SBU.

Artigo 7º — Em caso de o prêmio não ser mais distribuído, por decisão da diretoria ou por dissolução da Sociedade, o total do capital será doado para uma instituição de caridade, com aprovação prévia de três membros da família Aguinaga, com mais de 50 anos de idade.

Nota: Este prêmio foi aprovado pelo Conselho de Ética e Defesa Profissional, de acordo com o Estatuto da SBU.

RUBEM ARRUDA

flagrantes históricos da SBU

Na sessão de 1.10.34, o Presidente Álvaro Cumplido de Sant'Anna expõe o motivo da reunião, que se prende à organização do próximo Congresso a ser realizado pela Sociedade. Por proposta do Prof. Ugo Pinheiro Guimarães, aprovada por unanimidade, é oficialmente aceita a denominação de *1º Congresso Brasileiro* e *1º Congresso Americano de Urologia.* Assim, e por iniciativa da SBU, reunir-se-iam pela primeira vez, e aqui no Brasil, os urologistas das Américas.

Anunciou o Presidente que a Prefeitura do então Distrito Federal (hoje cidade do Rio de Janeiro) concorreria com noventa contos de réis, destinando-se quinze contos à aquisição de títulos municipais e os restantes setenta e cinco contos para ajuda efetiva à realização dos Congressos projetados.

Os juros dos quinze contos, como foi depois esclarecido, deveriam destinar-se à concessão de um prêmio anual a ser conferido ao melhor trabalho sobre Urologia, escrito por médico brasileiro e apresentado à SBU. Essa láurea tomaria o nome de *"Prêmio Pedro Ernesto".*

Nessa mesma sessão (1.10.34), o Dr. Sylvio Pinheiro Guimarães propõe para Sócio Correspondente o Dr. João de Souza do Ó, da Bahia.

*

Em 5.11.34, realizou-se uma Assembléia Geral Extraordinária para o efeito de seleção do Delegado-Eleitoral da Sociedade, que deveria participar da escolha do representante do grupo liberal à 1ª Legislatura Nacional O escolhido foi o Dr. Álvaro Cumplido de Sant'Anna.

Também em 5.11.34, após o encerramento da Assembléia Geral Extraordinária, realizou-se uma sessão ordinária da SBU para o fim de eleger sócios honorários o Prof. Alexander von Lichtemberg, de Berlim, e o Dr. Pedro Ernesto, Prefeito do então Distrito Federal. Por igual, o Prof. Guerreiro de Faria propôs e foi aceito como membro efetivo da Sociedade o Dr. José Paulo de Azevedo Sodré, Chefe de equipe no Pronto Socorro.

*

No dia 21.11.34, reuniu-se a Sociedade Brasileira de Urologia para receber e dar posse, como membro honorário, ao Prof. Lichtemberg, que foi introduzido na sala de sessões por uma comissão constituída pelos Profs. Ugo Pinheiro Guimarães, Estelita Lins e Guerreiro de Faria e pelo Dr. Rodolpho Josetti. O visitante ilustre foi saudado pelo Presidente Cumplido de Sant'Anna, cujo discurso se acha transcrito em ata. A seguir, o Prof. Lichtemberg projetou um filme cinematográfico sobre "Litotrícia", sendo muito aplaudido ao final. O Prof. Estelita Lins reportou-se em seu comentário à excelência do filme, dirigindo palavras elogiosas ao conferencista.

*

Na sessão de 26.11.34, o Prof. Lichtemberg voltou a pronunciar conferência na SBU, tendo, nessa ocasião, falado sobre a "Cirurgia conservadora do rim", expondo com a "maior clareza e minuciosamente o tema de sua palestra".

*

Em 7.1.35, reuniu-se a SBU em Assembléia Geral Extraordinária com o fim de eleger a nova Diretoria, que ficou assim constituída: Presidente, o Dr. Cumplido de Sant'Anna (reeleito), 1º e 2º vices, os Drs. Angelo Pinheiro Machado e Sylvio Pinheiro Guimarães, Secretário-Geral, o Dr. Rodolpho Josetti, 1º e 2º Secretários, os Drs. Dirceu Corrêa de Menezes e Cândido Botafogo, 1º e 2º Tesoureiros, o Dr. Álvaro Moutinho e o Prof. Guerreiro de Faria, Orador, o Dr. Paulo Pinto da Rocha, Bibliotecário, o Dr. Emílio Pimentel de Oliveira, Redator dos Anais, o Dr. Arnaldo Cavalcanti e Diretor do Museu, o Dr. Álvaro Tavares de Souza.

O Dr. Cumplido de Sant'Anna assumiu a Presidência e agradeceu a seus pares a prova de confiança. Todavia, em virtude de comentários formulados pelo Dr. Álvaro Moutinho, mostrou-se milindrado e deixou o recinto, tendo antes renunciado ao cargo no qual acabara de se empossar. O Dr. Angelo Pinheiro Machado, acompanhado de todos os presentes, dirigiu-se à Biblioteca da Sociedade de Medicina e Cirurgia, onde se encontrava o Dr. Sant'Anna, trazendo-o ao recinto da sessão para que voltasse ao seu posto. Nessa mesma reunião, e por proposta do Dr. Abdon Lins, o plenário aprovou os

atos praticados pelo Dr. Cumplido de Sant'Anna durante a sua gestão anterior, inclusive no que respeitava à "aplicação dos dinheiros", pois que ele havia mostrado documentadamente estarem sendo geridos com zelo.

*

No dia 3.6.35, realizou-se uma sessão extraordinária da SBU com a finalidade de empossar, como sócio honorário, o Dr. Pedro Ernesto, Prefeito do então Distrito Federal. A essa reunião, que teve caráter solene, compareceram, além de grande número de titulares, o Dr. A. Leal Costa, representante do Ministro da Educação, Prof. Antônio Austregésilo, Presidente da Academia Nacional de Medicina, Dr. João Barros Barreto, Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, e o Dr. Oscar Alves, Presidente do Sindicato Brasileiro. O Dr. Pedro Ernesto foi saudado pelo Presidente da SBU, Dr. Cumplido de Sant'Anna, cujo discurso se encontra transcrito em ata. O Dr. Pedro Ernesto falou, agradecendo a homenagem que lhe estava sendo prestada. O Prof. Estelita Lins, aproveitando o ensejo, solicitou ao Prefeito que, nos novos Hospitais da Municipalidade, a Urologia "não fosse esquecida".

*

No expediente da sessão de 17.6.35, foi lida a carta do Dr. Paulo Pinto da Rocha de renúncia ao cargo de Orador da SBU e de demissão do seu quadro social. O plenário opinou pela aceitação da renúncia e do pedido de demissão e, bem assim, que se respondesse ao missivista estranhando os "termos de sua carta" e para explicar os motivos que levaram o Presidente da Sociedade a falar em seu nome na posse do Prefeito Pedro Ernesto.

Na Assembléia Geral Extraordinária, levada a efeito em 1.7.35, foram eleitos os Profs. Guerreiro de Faria e Ugo Pinheiro Guimarães para exercerem, respectivamente, os cargos de 2º Tesoureiro e Orador da SBU.

*

Em outra Assembléia Geral, realizada no dia 8 do mesmo mês de julho, foi escolhido como Delegado-Eleitor da Sociedade o consócio Álvaro Cumplido de Sant'Anna, para o fim de tomar parte na escolha do Vereador que representaria as profissões liberais na Câmara Municipal do Distrito Federal.

Nesse mesmo dia 8, reuniu-se a SBU em sessão ordinária para tratar de assuntos referentes à realização dos próximos congressos de Urologia. O Presidente solicitou ao plenário que fosse a Diretoria autorizada a expedir títulos de sócios honorários e correspondentes aos membros, respectivamente, das Delegações oficiais nacionais e estrangeiras que comparecessem a esses Congressos.

*

Em 15.7.35, foram propostos e aceitos para sócios efeitos da Sociedade os Drs. Roberto Pessoa, Cândido de Andrade e Djalma Côrtes e para sócios correspondentes os Drs. Miguel Borges e Alberto Campos, estes últimos de Pernambuco.

*

No dia 28.7.35, realizou-se uma Assembléia Geral Extraordinária, convocada, para eleger o 2º Tesoureiro da SBU, vago com a renúncia do Prof. Guerreiro de Faria. Foi indicado e aceito por aclamação o nome do consócio Clovis Cussy de Almeida, "colega distinto, entusiasmado pela especialidade e frequentador assíduo das sessões".

feocromocitoma em paciente assintomático

IRINEU RUBINSTEIN — HAWARD KANO — SERGIO D'ÁVILA AGUINAGA.
Da Faculdade de Ciências Médicas (U.E.R.J).

EMBRIOLOGIA

Os feocromocitomas constituem atualmente uma das neurocristopatias simples e se originam de células do sistema cromafim. Esse sistema deriva da crista neural, que se transforma em estruturas neuroendócrinas denominadas *corpos cromafins*. Estes são encontrados na medula adrenal e em relação aos plexos simpáticos prevertebrais.

Durante a vida fetal, as células cromafinas vão migrando para a medula adrenal; após o nascimento, elas se tornam proeminentes e nesta época o grupo de células simpáticas primitivas desaparece. O aumento de volume da medula adrenal se dá pelo aumento das células cromafins.

A maior parte do tecido cromafim no feto se desenvolve fora da adrenal, principalmente em associação com os plexos abdominais pré-vertebrais simpáticos. No homem, o desenvolvimento do tecido cromafim extra-adrenal se faz bilateral e simetricamente. Essas massas de células cromafins aparecem na região para-aórtica em relação aos plexos celíaco, mesentérico superior e adrenal. No fim do 2º mês de gestação, aparece no feto um corpo cromafim grande, bilateral, adjacente à origem da artéria mesentérica inferior — é o órgão de Zuckerkandl. Ele conta com cerca da metade da massa total do tecido cromafim extra-adrenal no feto. Às vezes, o tecido cromafim extra-adrenal é denominado *paragânglio*. À M. O. podem ser identificados 4 estágios de desenvolvimento das células cromafins:

1 — Células simpáticas primitivas com núcleo intensamente basofílico, de 6-7mu de diâmetro, com citoplasma escasso, não dando reação cromafim.
2 — Os feocromoblastos com núcleo ovóide, menos basofílico, de 7-10mu de diâmetro, com 2 nucléolos, citoplasma mais abundante, não dando reação cromafim.
3 — Células idênticas às células cromafins maduras, com núcleo redondo ou relativamente vesiculoso, com 1 nucléolo, não dando reação cromafim.
4 — Células cromafins maduras, mostrando abundantes grânulos cromafins no seu citoplasma.

No tecido cromafim extra-adrenal, só grânulos do tipo norepinefrina são encontrados. A relação de desenvolvimento entre os tecidos cromafins da adrenal e extra-adrenal pode ter profundas implicações fisiológicas.

O tecido cromafim extra-adrenal se diferencia mais rapidamente que o da medula adrenal, alcançando o tamanho máximo aos 3 anos de idade. Após isto, as grandes massas dos órgãos de Zuckerkandl vão diminuindo, a ponto de não serem mais perceptíveis macroscopicamente. Não é certo ainda se esta involução é acompanhada de evidência de necrose celular, degeneração ou inflamação. É significante a atrofia do tecido cromafim extra-adrenal, enquanto a medula adrenal mostra seu maior crescimento e maturação. É possível que os órgãos de Zuckerkandl e os outros tecidos cromafins extra-adrenais exerçam um efeito adrenérgico fisiológico durante a vida fetal e infância antes que a medula supra-renal o faça.

Copland sugeriu que o tecido cromafim extra-adrenal pode funcionar como um órgão endócrino verdadeiro, provido de um controle do tônus vasomotor, enquanto o sistema nervoso simpático e a medula adrenal estão ainda em estágios primitivos de desenvolvimento. Muitos autores acreditam que a falta de involução do tecido cromafim extra-adrenal explica melhor os feocromocitomas extra-adrenais.

COMENTÁRIOS

Os feocromocitomas funcionantes e não-funcionantes podem originar-se ao longo de todo o sistema nervoso simpático. A maioria dos feocromocitomas estão localizados na medula adrenal; no entanto, podem estar localizados em qualquer outro ponto no abdômen, como nos órgãos de Zuckerkandl e mesmo na bexiga, sendo raros no tórax, pescoço e crânio. Os feocromocitomas extra-adrenais constituem 15-25% dos tumores.

Dos feocromocitomas, 10% são bilaterais e múltiplos, especialmente em crianças. Mais de 10% são malignos, pois invadem a cápsula ou tecidos distantes, tais como: linfonodos, fígado, pulmões, etc. Existe uma associação com neoplasias de tiróide, paratiróide e outros, assim como pode haver uma distribuição familiar, constituindo então as neurocristopatias complexas.

Nos tumores mais funcionalmente ativos, as células cromafins que contêm os grânulos de epinefrina e norepinefrina dão uma coloração acastanhada, quando os tumores são expostos ao ar ou em solução de Zenker.

A epinefrina é um dos mais potentes vasopressores conhecidos, através de um estímulo direto no miocárdio.

A norepinefrina atua aumentando a resistência vascular periférica. Existem diferenças quantitativas e qualitativas na ação dessas catecolaminas sobre o mesmo órgão receptor, explicando a existência dos receptores alfa e beta. A atividade das catecolaminas poderia ser bloqueada por drogas alfa-bloqueadoras (exemplo: fenoxibenzamina) ou beta-bloqueadores (exemplo: propanolol).

As catecolaminas são inativadas por ação enzimática, na periferia, em normetanefrina, metanefrina e ácido vanilmandélico.

Os tumores localizados no tórax são achados na goteira costo-vertebral em diferentes níveis e geralmente não são funcionantes. As lesões da região para-aórtica superior incluem os tumores adjacentes às glândulas adrenais normais e ficam ao redor do hilo renal, associadas ao pedículo renal.

Os tumores da região para-aórtica inferior são aqueles que emergem abaixo do pólo inferior do rim, estendendo-se para baixo, junto à aorta até as artérias ilíacas primitivas. Muitos desses tumores envolvem os órgãos de Zuckerkandl.

Na localização vesical, muitas vezes o tumor está na parede da bexiga e a distensão da mesma ou o ato da micção pode iniciar a crise de hipertensão.

Entre os sintomas do feocromocitoma, a hipertensão ocorre em 50% dos casos, sendo episódica, ocorrendo com intervalos e associada com sudorese, palpitação e ansiedade. Outros sintomas seriam dor de cabeça, tremores e perda de peso em virtude do metabolismo aumentado. Tumor palpável nem sempre é encontrado, assim como nem sempre será funcionante.

No diagnóstico de feocromocitoma, além dos sintomas acima citados, é importante a dosagem de catecolaminas no sangue e na urina e o ácido vanilmandélico é um teste inicial dando resultados positivos acima de 80% dos casos.

Outros meios propedêuticos usados são RX simples de abdômen, urografia excretora com tomografia, cistoscopia, clister opaco e arteriografia.

Geralmente, quando o tumor não é funcionante, o diagnóstico é difícil e só é feito ao acaso pela patologia.

O tratamento é fundamentalmente cirúrgico. Se o tumor for funcionante no pré-operatório, deverão ser usados bloqueadores adrenérgicos pelo menos 15 dias antes da cirurgia. No transoperatório, deverá ser levado em conta o risco de hipotensão súbita e choque irreversível.

A via de acesso cirúrgica deve ser transperitoneal, pois pode haver tumores extra-adrenais múltiplos.

LOCALIZAÇÃO DE 205 FEOCROMOCITOMAS EXTRA-ADRENAIS

LOCAL	Nº
PESCOÇO	5
INTRA-TORÁCICO	24
PARA-AÓRTICO SUPERIOR	88
PARA-AÓRTICO INFERIOR	58
BEXIGA	20
SACROCOCCIGEANO	1
ANAL	1
VAGINAL	1
NÃO ESPECIFICADO	6
TOTAL	205

RELATO DO CASO

J.F. 44 a., br., cas. RJ-Reg. HCUERJ-338062.

Paciente com nódulo de tiróide em fase de propedêutica, totalmente assintomático. Ao exame físico, foi constatada massa no flanco esquerdo. Nega passado cirúrgico.

Ap. cir. Bulhas normofonéticas. RR em 2T, ausência de sopros, PA 130x80, pulso 72 bpm. Ap. resp. Boa expansibilidade e elasticidade pulmonar. MV difusamente distribuído. Ausência de ruídos adventícios. Abdômen plano, flácido, indolor à palpação. Presença de massa palpável no flanco esquerdo, de consistência firme, bordos nítidos, apresentando mobilidade, medindo no seu maior diâmetro ± 15 cm.

Hemograma: normal; glicose 81mg%, uréia 27mg%, creatinina 0,6mg%, EAS D. 1018, piócitos 3 a 5, hemácias 2 a 3.

RX tórax normal. Urografia excretora — Concentração e excreção normal bilateral do contraste com cavidades de aspecto normal. Massa arredondada em relação ao pólo inferior do rim com densidade de partes moles (fig. 1).

Clister opaco — Deslocamento do colo ascendente para trás e para fora e do colo transverso para cima e para trás por volumosa massa arredondada, de densidade de partes moles, com cerca de 18 cm de diâmetro, de contornos lisos e regulares, ocupando todo o hipocôndrio e flanco esquerdo (fig. 2). Não foi possível a realização de arteriografia. Cirurgia em 26.5.77, incisão subcostal esquerda transperitoneal, com retirada da massa tumoral, que era muito vascularizada e se achava junto ao rim esquerdo. Foi feita nefrectomia concomitante, para facilitar a exérese do tumor. A adrenal estava normal e foi conservada.

HISTOPATOLÓGICO

Macroscopia — Massa tumoral pesando 1.040 g e medindo 19x14x10, exibindo superfície externa pardo-escura, recoberta por fina cápsula, firmemente aderida. Aos cortes, observa-se estreita camada de tecido de coloração brancacenta, circundando a massa tumoral que exibe diversas formações nodulares, de coloração avermelhada e consistência elástica (figs. 3 e 4).

Microscopia—Neoplasia, constituída de células grandes poligonais, com citoplasma eosinofílico abundante, dispostas ora de forma trabecular, ora cordonal, exibindo acentuada anaplasia, necrose e hemorragia (fig. 5).

Conclusão: Feocromocitoma (Drs. Carmela Belisário, Albanita V. de Oliveira e Prof. Paulo Roberto S. Lacerda).

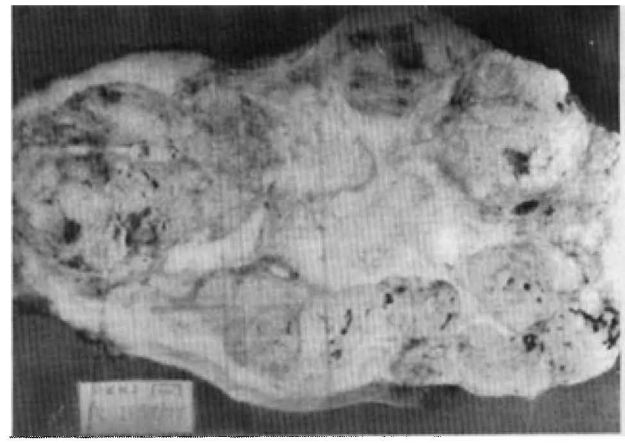
Evolução: Paciente apresentou náuseas e vômitos no pós-operatório durante 6 dias. Posteriormente, iniciou febre noturna de 38,5°, evoluindo para o óbito por septicemia.

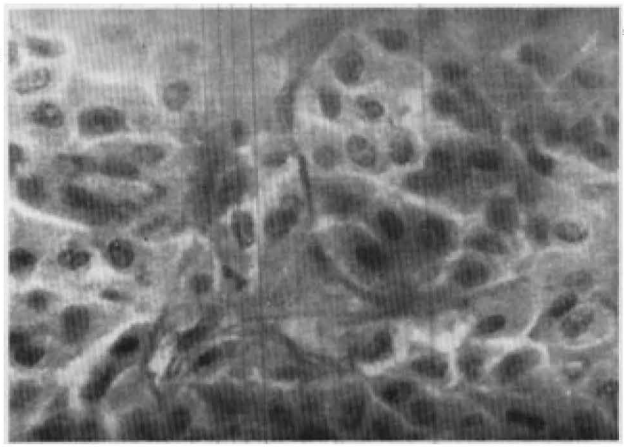
RESUMO

Os autores descrevem um caso de feocromocitoma extra-adrenal não-funcionante. Os aspectos patológicos e o diagnóstico são discutidos.

SUMMARY

The authors describe a case of extra-adrenal nonfunctioning pheochromocytoma. The diagnosis and the pathological report are discussed.





1) ALLEN, S.D.; KARAFIN, L. & KENDALL, A.R. Non-visualization of the kidney due to a ureteral pheochromocytoma. *J. Urol.*, 105: 571, 1971.

2) BOLANDE, R.P. The neurocistopathies. *Human Pathology*, 5: 4, 1974.

3) CABAÑAS, Y. V.; FAULCONER, R.J. & TEKETE, A. N. Pheochromocytoma presenting as an ureterocele.

4) FUNYU, T: & S. YASUO. Familial pheochromocytoma: case report and review of the literature *J. Urology*, 110: 151, 1973.

5) FRIES, J. G. & CHAMBERLAIN, J. A. Extra-adrenal pheochromocytoma. *Surgery*, 63:2, 1968.

6) GOMES, N. H. & Cols. Feocromocitoma da goteira costovertebral. *Res. Médica*, 6: 7, 1977.

7) MELICOW, M. M.; VSON, A. C. & VEENEMA R.J. Malignant non-functioning pheochromocytoma of the organ of Zuckerkaundl masquerading as a primary carcinoma of the prostate with metastasis. *J. Urology*, 110: 97, 1973.

8) RAGHAIAH, N. V. & SINGH, N. S. Extra-adrenal pheochromocytoma producing renal artery stenosis *J. Urology*, 116: 243, 1976.

9) SADOVE, M. S. et al. Pheochromocytoma: fatal patient management. *Surg. Clin. N. Amer.*, 50: 35, 1970.

10) SEYMOUR, E. Q. & HEMOT. L. W. JR. Rapid sequence excretory urography in the diagnosis of pheochromocytoma. *J. Urology*, 114: 3, 1975.

11) STEINWALD, O. P., DOOLAS, A. & SOUTHWICK, W. H. Pheochromocytoma. *Surg. Clinics of North America*, 49: 87, 1969.

12) TAN. T. L. & YOUNG. B. W. Pheochromocytoma of the urinary bladder. *J. Urol.*, 87: 63, 1962.

análise crítica da linfocitúria no transplante renal

NELSON FILIPPINI ALMEIDA — BRUNO FIALHO BRAGA — JOSÉ VANILDO MORALES — JAIME TÔRRES PORTOS — WALTER D. GARCIA.

Da Faculdade de Medicina UFRGS e Hospital Divina Providência (Porto Alegre).

INTRODUÇÃO

A observação do sedimentário urinário no pós-transplante renal imediato mostra o aparecimento de uma maior quantidade de linfócitos em certas ocasiões, quase sempre acompanhados de algum evento clínico. A relação entre a presença dessas células e rejeição é discutível. Como dado isolado, seu significado é incerto, mas, quando associado a outros dados, sua importância aumenta, como mais um elemento a considerar na análise da evolução do transplante.

O objetivo do presente trabalho é, através da correlação da linfocitúria com outros dados clínico-laboratoriais, analisar seu significado e eventual importância no diagnóstico da rejeição.

MATERIAL E MÉTODO

O sedimento urinário foi estudado, sistematicamente, em 15 receptores de rim, assim como mostra a Tabela I. Os espécimes de urina foram centrifugados. Fez-se esfregaço do sedimento bem delgado e devidamente seco; fixação pelo álcool metílico durante 5 minutos + rejeição do excesso de álcool + corante de Giemsa diluído (na proporção de 1 gota do mesmo para cada ml de água destilada e de reação neutra) de 20 a 40 minutos + rejeição do excesso de corante + lavagem da preparação em água corrente + secagem ao ar atmosférico e, finalmente, exame com lente de imersão. Estabeleceu-se a linfocitúria em porcentual com os outros elementos da série branca.

RESULTADOS

Na Tabela 2, encontramos a descrição da idade e sexo dos receptores, presença de linfocitúria e existência de rejeição. Cinco episódios de rejeição aguda e duas rejeições crônicas foram constatados.

Relacionamos a linfocitúria com a freqüência de achados laboratoriais compatíveis com rejeição, como esclarece a Tabela 3. A linfocitúria geralmente ocorreu concomitantemente ou precedendo até dois dias o episódio de rejeição. Em apenas uma ocasião identificamos linfocitúria desacompanhada de alterações clínicas ou laboratoriais compatíveis com rejeição. Em dois episódios diagnosticados de rejeição, não evidenciamos linfocitúria.

Não encontramos relação entre a histocompatibilidade (HLA) doador-receptor e o encontro de linfocitúria. Na maioria dos casos, o pronto tratamento da rejeição levou à diminuição gradual da linfocitúria. A maior apresentação de linfocitúria não correspondeu, obrigatoriamente, a um aumento equivalente na apresentação de sintomas de rejeição. As figuras 1 e 2 ilustram as alterações da creatinina sérica e os sintomas clínico-laboratoriais, na presença de linfocitúria, em dois casos.

COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

De valor coadjuvante no estabelecimento de rejeição, os achados no sedimento urinário estão presentes em vários estados patológicos. A presença de células do epitélio tubular na urina parece estar relacionada à lesão dos túbulos renais. Células tubulares renais ocorrem na urina associadas com proteinúria de qualquer causa numa variedade de nefropatias (glomerulonefrites, infecções agudas, envolvendo medula renal, e após ação de substâncias nefrotóxicas) e durante recuperação de necrose tubular aguda. Células tubulares renais podem ser encontradas na urina de pacientes nas primeiras duas semanas após o transplante[5]. A produção de anticorpos séricos tem sido vista como mediada por linfócitos experimentalmente e o linfócito está implicado como a célula responsável pela rejeição do enxerto. Na ocasião do primeiro episódio de rejeição, o rim transplantado apresenta, caracteristicamente, infiltrados de linfócitos no tecido intersticial[1].

A excreção de linfócitos aumenta durante o episódio de rejeição. Dois tipos de linfócitos podem ser identificados no sedimento urinário: o linfócito pequeno, semelhante ao linfócito do sangue periférico, e o linfócito grande, semelhante ao linfoblasto da medula óssea[3].

Na primeira semana após o transplante, a urina pode encontrar-se repleta de células, provavelmente devido ao trauma do trato urinário durante a cirurgia, e isto pode levar a pequenos erros na contagem e identificação celular. Em geral, estas células tendem a declinar e atingir valores estáveis entre a primeira e segunda semanas[3].

Nos 15 transplantes estudados, houve 7 períodos de linfocitúria, que coincidiram com 6 crises de re-

jeição. Em 9 pacientes, não se evidenciou linfocitúria e, destes, apenas dois apresentaram rejeição no período observado.

Concluímos que a avaliação da linfocitúria é um instrumento coadjuvante na determinação de rejeição do rim transplantado. Isoladamente, não pode ser considerado um substituto para outros critérios de rejeição. Entretanto, seu valor aumenta, quando somado com outros achados clínicos e laboratoriais. A pesquisa sistemática da linfocitúria pode representar um auxílio de importância na detecção precoce de crise de rejeição.

RESUMO

Os autores analisam o significado da linfocitúria no pós-operatório de transplante renal. Esse dado foi correlacionado com os seguintes achados clínico - laboratoriais: mal-estar geral, hipertermia, aumento de peso, diminuição do volume urinário, edema, hipertensão arterial, sintomas no local do transplante, aumento de proteinúria e da excreção de potássio, diminuição da excreção de sódio e uréia, aumento da uréia e creatinina séricas, leucocitose, trombocitopenia, acidose hiperclorêmica e diminuição da função renal.

SUMMARY

The AA. analyze the significance of lymphocyturia in the post-operative of renal transplantation. They establish comparison between this one and other clinical and laboratorial data.

Tabela 1 — PESQUISA DA LINFOCITÚRIA

Dias	Intervalos
1°, 2° e 3°	h/h
4° e 5°	6/6h
6° e 7°	12/12H
8° ao 15°	24/24h
16° ao 30°	48/48h
30° em diante	semanalmente mensalmente nas crises de rejeição

Tabela 2

Caso	Idade	Sexo	Linfocitúria	Observações
1	30	F		
2	32	M	+	Rejeição aguda
3	18	M		
4	29	M	+	Rejeição aguda
5	18	M	+	Rejeição crônica
6	30	M		
7	30	M	+	Rejeição aguda
8	36	F		
9	20	M	+	Rejeição aguda
10	26	M		
11	35	M		
12	22	M	+	Rejeição crônica
13	46	M		
14	16	M	+	Rejeição aguda
15	30	M		

Tabela 3

Correlação entre achados laboratoriais de rejeição aguda e linfocitúria

Achado laboratorial	N° de vezes	Linfocitúria
Aumento da uréia sérica	5	sim
Aumento da creatinina sérica	6	sim
Diminuição da diurese	5	sim
Diminuição do sódio urinário	5	sim
Aumento do potássio urinário	5	sim
Diminuição da uréia urinária	2	sim

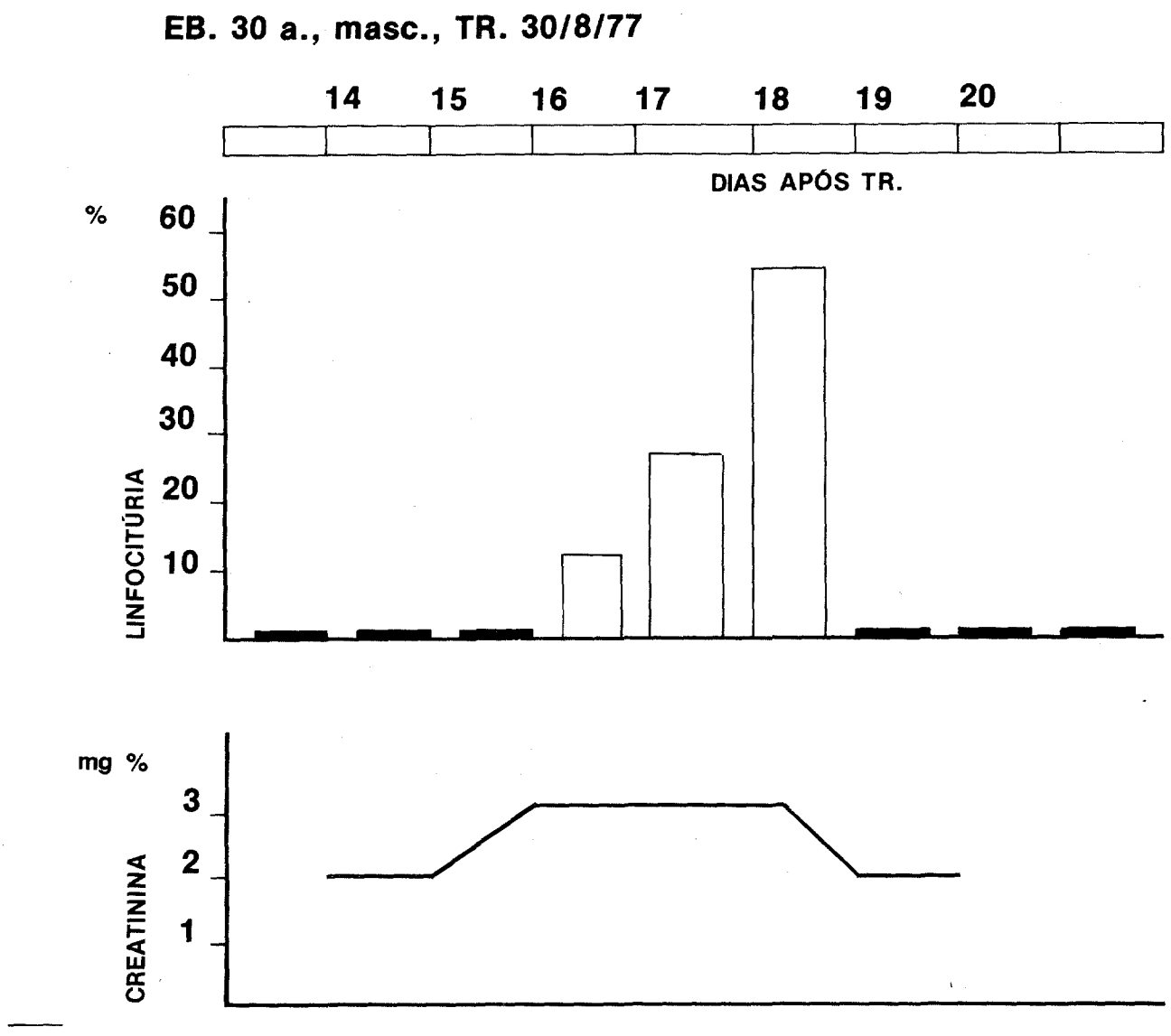


FIGURA 1 Linfocitúria correlacionada com achados clínico-laboratoriais compatíveis com crise de rejeição.

PM, 30 a., masc., TR TR. 30/7/74

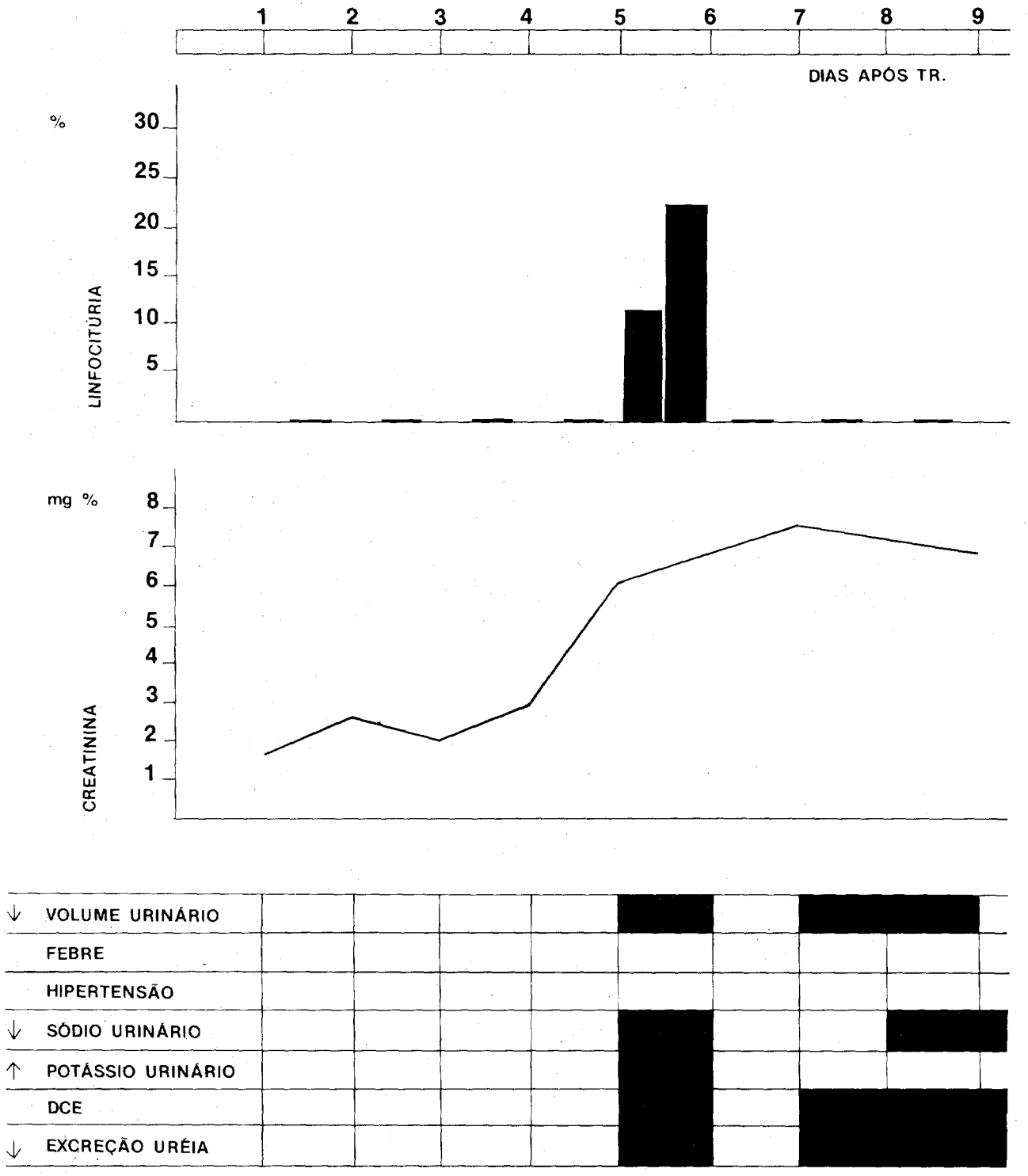


FIGURA 2 Alteração no nível sérico de creatinina e sintomas clínico-laboratoriais na presença de linfocitúria, num episódio de rejeição aguda.

BIBLIOGRAFIA

1) KAUFFMAN, H. M., CLARK P. R., MAGGE, J. H., RITTENBURY, M. S., GOLDSMITH, C. M., PROUT, G. R. & HUME, D. M. Lymphocytes in Urine as an Aid in the Early Detection of Renal Homograft Rejection, *Surg., Gunec. & Obst.* July: 25 (1964).

2) MURPHY, G. P., WILLIAMS, P. D. MERRIN, C. E. Diagnostic Value of Lymphocyturia in Renal Allograft Rejection in Man. *Urology* 2:227 — (1973).

3) OOI, B. S. & KINCAID-SMITH, P. Quantitative Estimation of the Urinary Sediment after Renal Transplantation. *Med. Journal Aust.*, oct. 667 (1970).

4) SPENCER, E. S. & PETERSEN V. P. The Urinary Sediment after Renal Transplantation. *Acta Med. Scandinavica,* Vol. 182, fasc. 1 (1967).

5) TAFT, P. D. & FLAX M. H. Urinary Cytology in Renal Transplantation: Association of Renal Tubular Cells and Graft Rejection. *Transplantation,* vol. 4, nº 2: 194 (1966).

valorização arteriográfica de tumoração renal e achado cirúrgico

NELSON KOIFMAN — OTÁVIO DE ALVARENGA COTTA — LUIZ CESAR ATHAN.

INTRODUÇÃO

O urologista com freqüência enfrenta dificuldades diagnósticas inerentes à conduta nos casos de massas renais a esclarecer.

Para isto, necessita de aportes propedêuticos, tais como nefrotomografia, arteriografia renal, ecografia e execução de punção de cistos.

Revendo a literatura, chega-se à mesma dúvida (tumor ou cisto?). Seguindo padrões angiográficos, pode-se afirmar que existem falsos-positivos, isto é, se a arteriografia indicar tumoração benigna, no ato cirúrgico, pode-se encontrar patologia maligna. Porém, quando o achado arteriográfico indicar malignidade, tem-se 100% de positividade no achado cirúrgico.

Este trabalho tem como finalidade enfatizar o real valor da arteriografia no diagnóstico diferencial de massas renais.

M. C. T., 63 anos, branco, natural da cidade do Porto, Portugal, casado, alfaiate, residente no Rio de Janeiro.

O paciente deu entrada na rede hospitalar do INPS (Hospital Cardoso Fontes) em 31 de maio de 1976, queixando-se de dor no lado direito e nas costas.

1) H. D. A. — Paciente relata que, há cerca de 15 dias, apresentou dor lombar à direita, de forte intensidade, tipo em cólica localizada, sem irradiação, punho-percussão positiva, com náuseas e vômitos, por vezes lipotímia, urografia excretora inconclusiva.

2) A: D. — Disúria, nictúria de duas vezes, negando hematúria, polaciúria e eliminação de cálculos.

3) H. P. P. — Viroses comuns da infância, correção cirúrgica de hérnia inguinal direita há 6 anos. Apendicectomia há 8 anos. Nega doença venérea e doença cárdiovascular e é portador de doença hipertensiva.

4) H. F. — Parto eutócico, desenvolvimento normal.

5) H. F. E. — Pais falecidos de doenças ignoradas, irmã sadia.

6) H. S. — Condições alimentares, higiênicas e habitacionais regulares, deixou de fumar há 10 anos, etilista social.

7) Exame físico — Paciente normolíneo, cabeça, pescoço, abdome, membros e genitália sem alterações visíveis.

Toque retal: esfíncter de tonicidade normal, próstata aumentada em duas vezes o seu tamanho, superfície lisa, limites nítidos e precisos, móvel, sulco mediano ausente, indolor, caraterísticas de benignidade.

Feita toda a propedêutica dos exames de urina, bioquímica sanguínea. E. C. G e raios X de tórax não apresentavam anormalidades.

Em 4 de junho de 1976, foi feita urografia excretora, que demonstrava rins de topografia normal: à direita, concentrando e eliminando nos tempos normais de prova, estruturas pielocaliciais anatômicas, ureter anatômico e permeável. À esquerda, concentrando e eliminando nos tempos normais de prova, estruturas pielocaliciais em seu grupo superior com presença de alongamento e massa sugerindo cisto renal (?). Ureter anatômico e permeável, bexiga anatômica, assoalho elevado por encoche prostático, resíduo desprezível.

Pedida arteriografia, a qual foi feita em 18 de junho de 1976.

À esquerda, apresentava imagem tumoral no pólo inferior, com vasos tortuosos compatíveis com tumoração maligna, a qual foi comprovada pela prova de epinefrina.

À direita, apresentava imagem sugestiva de vaso de comportamento anormal, na altura dos cálices médios.

Foi concluído haver tumor maligno, à esquerda, e sugerida nova arteriografia seletiva à direita, após 6 meses.

Foi indicado tratamento cirúrgico.

O paciente pediu alta em 10 de junho de 1976. Em 14 de junho de 1976, reinternou-se com desejo de ser submetido ao tratamento indicado.

Feitos novos exames que estavam dentro dos padrões normais. Risco cirúrgico grau I.

O paciente foi submetido a cirurgia em 24 de junho de 1976. O diagnóstico pré-operatório (tumor do pólo inferior do rim esquerdo). O diagnóstico pré-operatório foi de cisto renal esquerdo (mesma localização da massa tumoral visualizada na arteriografia), com conteúdo líquido de cor amarela (o qual foi enviado a exame citológico) e foi enviado fragmento da cápsula do cisto para ser feita patologia de con-

gelação (com laudo benigno). Rim de bom aspecto. Foi feita marsupialização do cisto.

O histopatológico microscópico teve as seguintes características: fibras esqueléticas musculares e tecido gorduroso. O líquido apresentava características de material grumoso, basófilo, tendo imerso escassos elementos celulares típicos.

O paciente teve alta em 1 de julho de 1976.

Foi feito um "follow-up" um mês após a alta: o paciente se encontrava em bom estado geral.

Três meses após, feito novo "follow-up", o paciente apresentou-se em bom estado geral e sem queixas e foi pedida uma avaliação urográfica.

O paciente retornou ao "follow-up" em 22 de outubro de 1976, trazendo urografia excretora, que revelava a mesma imagem renal à esquerda do pré-operatório.

O paciente foi reinternado em 17 de janeiro de 1977, pois o mesmo não quis se submeter à nova propedêutica.

Durante a internação, o paciente se encontrava em bom estado geral, queixando-se de dor na cicatriz cirúrgica.

Feita nova propedêutica, esta se encontrava dentro dos padrões normais, porém a arteriografia demonstrava, à esquerda, imagem idêntica à do pré-operatório e, à direita, dentro dos padrões normais.

Em 26 de janeiro de 1977, o paciente foi submetido a lombotomia exploradora à esquerda, em que foi visualizado rim de aspecto normal. Na palpação do pólo inferior, foi encontrado um nódulo endurecido de aproximadamente meio centímetro, tendo sido feita biópsia de congelação, que indicou hipernefroma. Foi feita nefrectomia.

O histopatológico comprovou hipernefroma.

RESUMO

Deve-se enfatizar o real valor da arteriografia na diferenciação das massas renais.

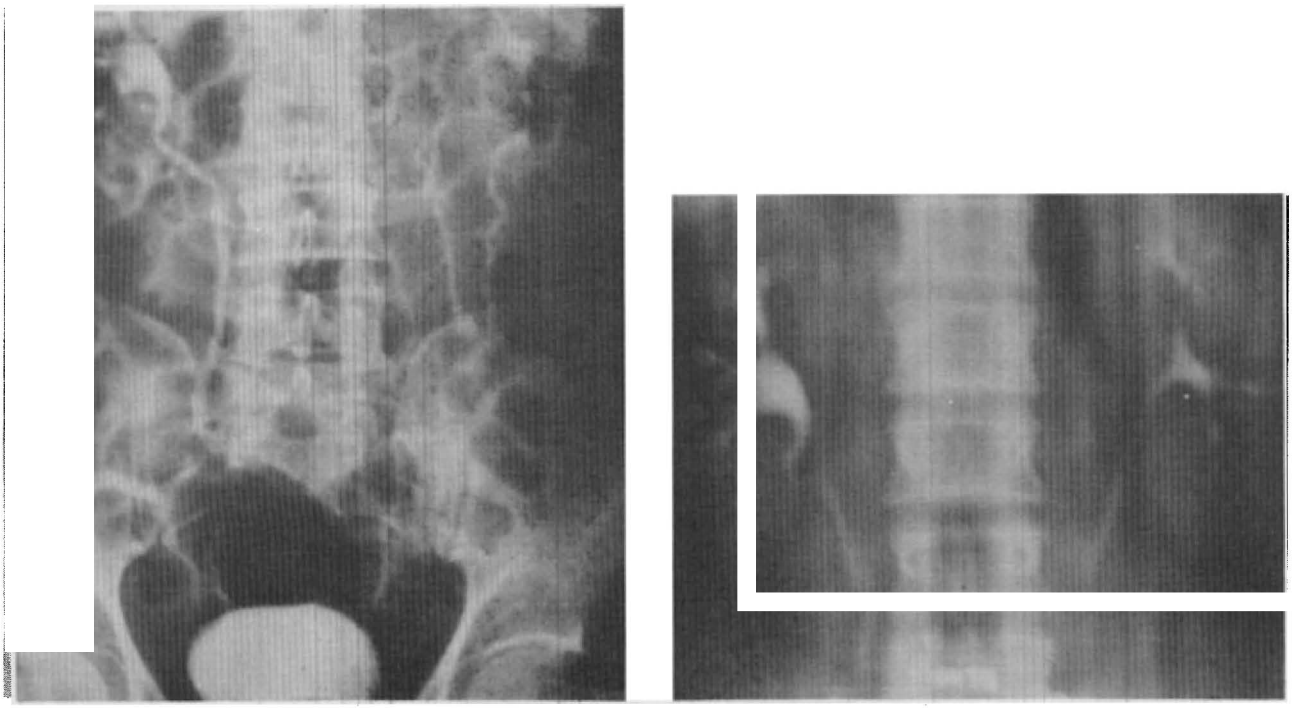
Quando o achado arteriográfico indicar malignidade, o achado em ato cirúrgico terá 100% de probabilidade para tumor maligno.

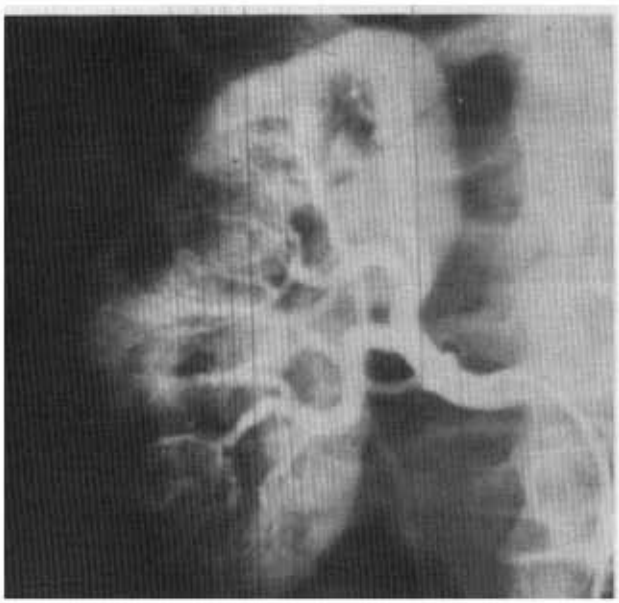
SUMMARY

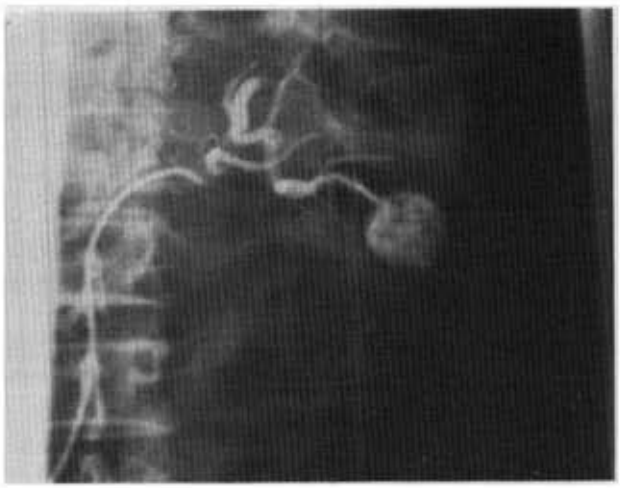
It is of most importance to point out the real value of arteriography in renal tumors differentiation.

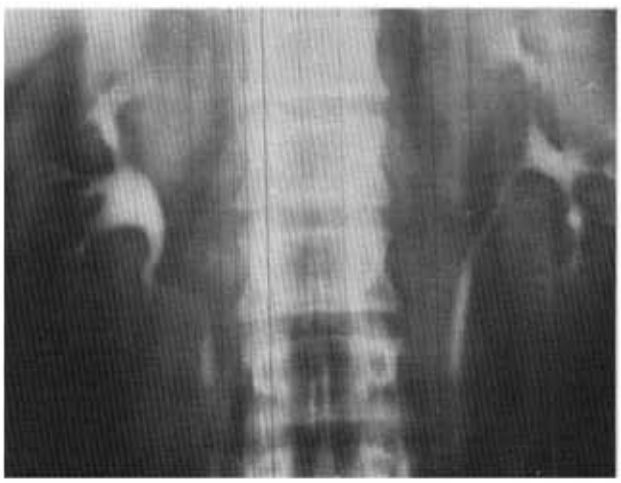
When the arteriographic finding indicates malignity, during surgical act, there's 100% probability of being a malignous tumor.

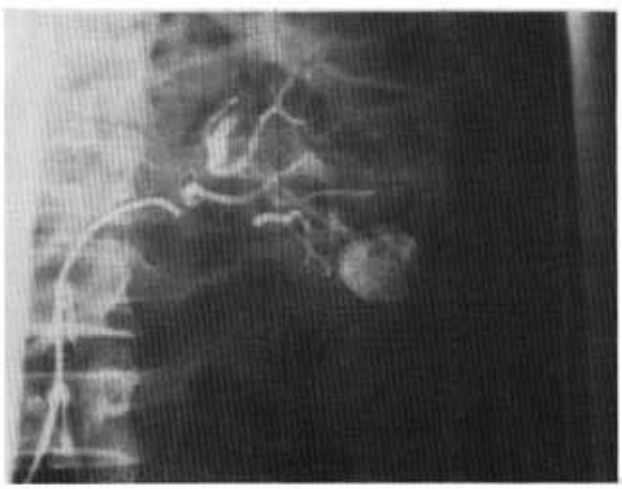
N. da R. — Acompanha o artigo uma bibliografia, constando de 12 citações, não publicada por não se enquadrar nas normas do JBU. Os eventuais interessados deverão dirigir-se aos Autores.

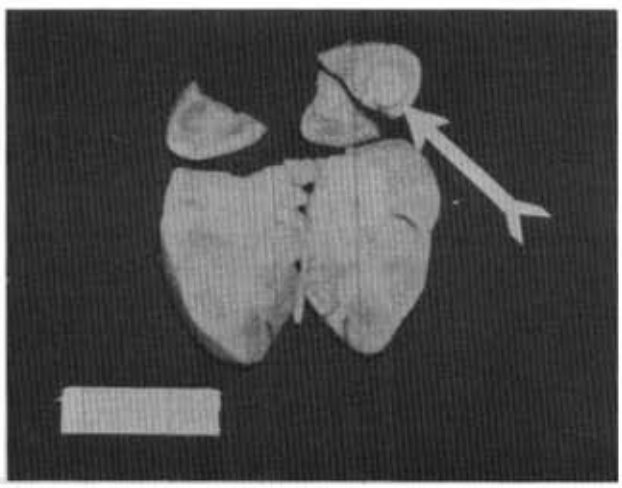












traumatismo renal: extravasamento de contraste e tratamento conservador

NEILTON GONÇALVES PRADO — OSNIR C. SILVEIRA

É apresentado um caso de um paciente com traumatismo renal. Grande extravasamento de contraste. Porém, a interpretação detalhada dos exames, impediu o tratamento cirúrgico, que estava decidido para o caso.

Dentro da economia total de estudos do corpo humano, o rim é um órgão parenquimatoso que sofre poucas agressões externas, nos casos de traumatismos. Não só por ser uma estrutura profundamente situada, mas também porque possui estruturas protetoras consistentes e amortecedoras dos impactos.

Apesar de ser bem protegido, as incidências dos traumatismos renais têm aumentado substancialmente . A patologia renal é de fácil diagnóstico, porém, para sua confirmação e posterior conduta, o paciente terá que se submeter a vários exames.

A avaliação do paciente traumatizado inclui desde o seu estado geral — tensão arterial — gravidade de hematúria até os exames mais sofisticados.

A urografia excretora foi o principal exame durante uns 30 anos e até hoje é um exame indispensável, podendo ser realizada em seguida a pielografia retrógrada, arteriografia e o mapeamento renal .

Destes exames, podemos estagiar a lesão renal e daí decidir sobre a conduta, uma vez sabido que as contusões são as lesões mais freqüentes . Da avaliação, decide-se se será cirúrgica ou clínica ou observar, e novos estudos serão feitos. Como rotina em nosso serviço, são considerados pacientes eletivamente cirúrgicos aqueles que apresentam choque hemorrágicos, hipotensão incontrolável.

Não é incomum ocorrerem erros de conduta nos casos de traumatismos renais, ser o tratamento exageradamente conservador ou precipitadamente cirúrgico, com atitudes agressivas e mutilantes. É imprescindível um juízo crítico e decisões seguras.

CASO CLÍNICO

Paciente de 53 anos I. G. L., masculino, acidente de trânsito, foi admitido ao Serviço de Urologia com dores lombares à direita, intensas, náuseas, vômitos, mucosas descoradas, palidez cutânea, hematúria, hipotensão (100/70) e taquicardia.

Os exames radiológicos não mostraram lesões ósseas, a urografia excretora mostrava um extravasamento de contraste ao nível da pélvisrenal e imagens negativas no seu interior, podendo ser interpretadas como coágulos. Foi feita pielografia retrógrada , que confirmou o extravasamento peripiélico e periureteral. Porém estas radiografias mostraram também a imagem sugestiva de um cálculo ureteral direito, terço inferior. Diante destes achados, optou-se por observar o doente por 24 horas e depois intervir, isto baseando-se na existência de um cálculo ureteral (fig. 3).

Doze horas depois, o paciente eliminou o cálculo, melhorando assim suas dores lombares, sua urina ainda hematúrica, porém de menor intensidade.

Dias depois, clareando a urina e o paciente assintomático, foi-lhe dada alta, readmitido posteriormente e repetida a urografia excretora, que se mostrou completamente normal (fig. 4).

COMENTÁRIO

É sabido que pode haver extravasamento do meio de contraste espontaneamente, quando se realiza a urografia excretora na vigência de cólica renal .

Este extravasamento é pouco comum, variando em 5% das urografias; esta incidência aumenta 5 vezes mais, quando alta dose de contrastes for utilizada. O extravasamento pode acontecer nas doenças calculosas do ureter ou outra forma de obstrução.

Nas obstruções ureterais, há um aumento da pressão intratubular, quando há um aumento rápido destas pressões intratubulares ocorre então extravasamento espontâneo do contraste . Os meios de contrastes são potentes diuréticos osmóticos, que não sofrem reabsorção pelos túbulos; como os meios de contraste causam um edema renal e ureteral e provocam o aumento da diurese, aumentando assim o fluxo e o volume de urina em ureter obstruído, haverá, portanto, uma grande chance de extravasamento do contraste.

No caso apresentado, houve uma infeliz coincidência, com o trauma na região lombar com fratura de costela e contusão renal concomitante ou uma obstrução ureteral por cálculo.

Desta concomitância, o paciente ainda recebendo altas doses de contrastes pela pielografia retrógrada houve extravasamento de contraste para o espaço peri-renal.

O paciente foi feliz em eliminar espontaneamente o cálculo, que foi manipulado durante a pielografia retrógrada, desobstruindo assim sua via urinária e melhorando o quadro clínico, deixando então de ser submetido à cirurgia com o diagnóstico de rotura renal.

RESUMO

É apresentado um caso onde houve a concomitância de traumatismo renal e cólica por cálculo ureteral baixo.

Durante a avaliação, a urografia excretora mostrou um extravasamento espontâneo do meio de contraste, confirmado pela pielografia retrógrada. Durante a observação, mostrou-se que o extravasamento se fez através de estruturas renais intactas, o que impediu uma cirurgia que seria desnecessária.

SUMMARY

A case of concomitant renal trauma and colic due to low ureteral calculus is presented. There was a spontaneous extravasation of contrast medium through intact renal structures, observed by means of excretory urography, thus avoiding any useless surgical proceeding.

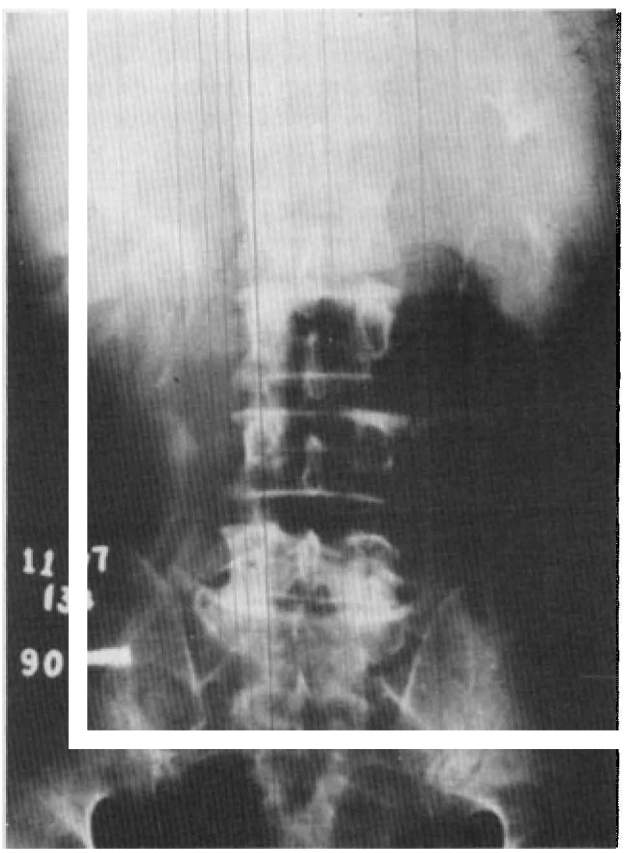


Fig. 1 — Urografia excretora, mostrando extravasamento do contraste e imagem negativa intrapiélica, devido ao processo inflamatório.

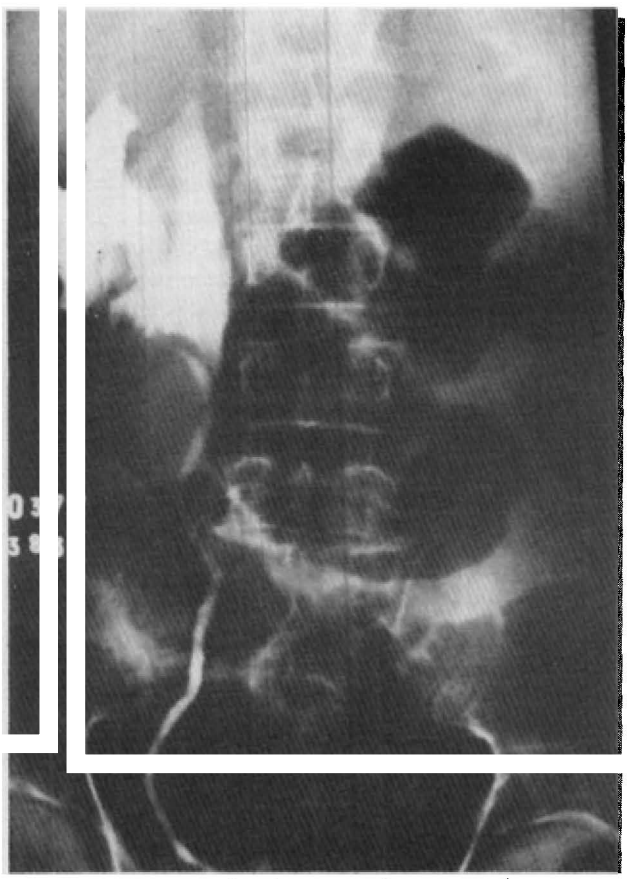


Fig. 2 — Pielografia retrógrada, mostrando intenso extravasamento do contraste.

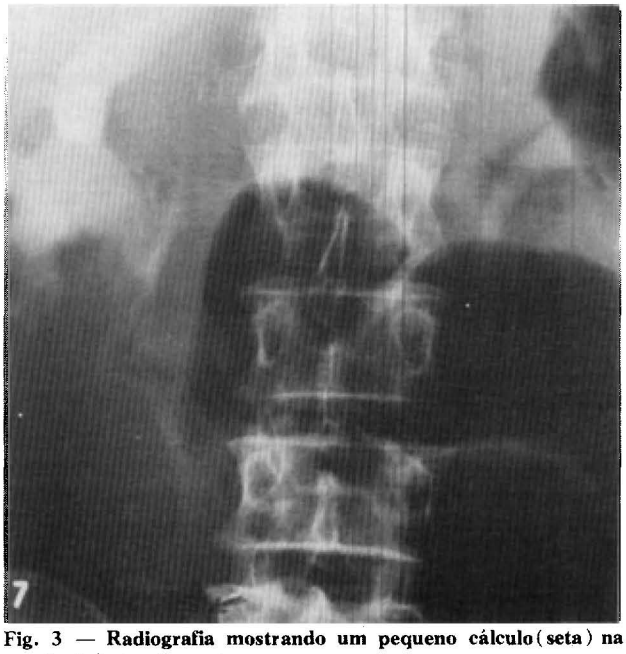


Fig. 3 — Radiografia mostrando um pequeno cálculo (seta) na porção inferior do ureter.

Fig. 4 — Urografia excretora normal após o período de observação.

N. da R. — Acompanha o artigo uma bibliografia, constando de 7 citações, não publicada por não se enquadrar nas normas do JBU. Os eventuais interessados deverão dirigir-se aos Autores.

embolização bilateral das artérias renais em pacientes com hipertensão maligna.

A.C.P MARTINS — C. QUIROGA-MAYOR — A.S.ONUKI — H.J.SUAID — A.J.COLOGNA — E.F. AQUINO.
Do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (SP).

INTRODUÇÃO

A embolização arterial tem sido indicada para o tratamento de patologias as mais diversas, como malformações arteriovenosas[2], tumores[4] e hemorragias[3]. Os materiais usados têm sido os mais diversos, tais como fragmentos de músculos[2], coágulos[1], ferros-silicone[5], micro esferas plásticas[3], esponja de gelatina[4], etc.

Neste trabalho, divulgamos a experiência que estamos adquirindo com este método, ao mesmo tempo que discutimos uma indicação nova para a embolização arterial.

MATERIAIS E MÉTODOS

Seis cães adultos, machos, de pesos variáveis entre 12 e 18 kg, foram submetidos à laparotomia mediana supra-umbilical, sob anestesia geral (nembutal sódico). A artéria renal esquerda foi dissecada e puncionada com "butterfly" nº 16, através da qual se fez a embolização, usando esponja de gelatina, finamente picada com tesoura e misturada com soro fisiológico. O volume injetado variou de 5 a 10 ml. Trinta dias após, os animais foram submetidos a aortografia e, a seguir, sacrificados, para análise macro e microscópica do rim esquerdo.

Empregamos também a embolização em 1 paciente do sexo masculino, de 24 anos de idade, com insuficiência renal grave devida a glomerulonefrite crônica e portador de hipertensão arterial maligna (PA 26x17). Este paciente foi submetido a embolização das artérias renais, com esponja de gelatina, usando-se a técnica de Seldinger. O paciente foi seguido clinicamente, mantido com hemodiálises periódicas, e, 1 mês após a embolização, foi submetido a transplante renal, ocasião em que se fez nefrectomia direita.

RESULTADOS

Em 3 cães em que a artéria renal estava completamente ocluída, houve redução muito acentuada do tamanho do rim esquerdo. Nos 3 cães restantes, conforme se pôde observar pelas arteriografias, a oclusão da artéria renal não foi completa. Em conseqüência, a redução do tamanho do rim não foi tão acentuada. O achado histológico foi irrelevante, mostrando, em todos os animais, áreas de necrose renal e outras áreas preservadas. A observação clínica mostrou que os cães toleraram bem a oclusão da artéria renal.

O paciente com hipertensão arterial maligna não foi anestesiado no momento da embolização. Em conseqüência, referiu muita dor abdominal e lombar no momento da embolização. Por um período de 3 dias após a embolização, apresentou vômitos ocasionais, diarréia moderada, inapetência e dor abdominal. Melhorou gradativamente, havendo restabelecimento completo do estado geral 10 dias depois da embolização. A pressão arterial caiu para níveis normais (14x8) no 7º dia, mantendo-se assim, sem drogas hipotensoras, até o momento do transplante. O rim direito, removido no momento do transplante, apresentava artéria renal completamente obliterada por material amorfo (esponja de gelatina), mas não exibiu redução muito acentuada do tamanho. A histologia mostrou áreas extensas de necrose e áreas preservadas, possivelmente mantidas por vasos capsulares intactos.

Três semanas após o transplante, o paciente apresentou crise de rejeição, rebelde ao tratamento com prednisolona, razão por que o rim transplantado foi removido e o paciente mantido em hemodiálise.

DISCUSSÃO

A indicação da embolização bilateral das artérias renais, para o tratamento da hipertensão arterial maligna, parece ser uma alternativa lógica à nefrectomia bilateral. Este trabalho mostrou, entretanto, que vários fatores devem ser levados em consideração antes de se assumir esta indicação como alternativa válida. Em primeiro lugar, a necrose do órgão não é completa, sendo que a extensão do tecido preservado será tanto maior, quanto maior for a riqueza da circulação colateral, proporcionada pelos vasos capsulares, principalmente. Em segundo lugar, embora seja um método eficiente para reduzir a pressão arterial, a queda observada não parece tão rápida quanto aquela da nefrectomia bilateral. Deve-se acrescentar, ainda, que a necrose de parte do órgão poderia provocar auto-sensibilização, fato este que iria prejudicar, possivelmente, o quimismo entre rim transplantado e hospedeiro. Seria esta a causa da

rejeição deste paciente? Esta pergunta só poderá ser respondida após estudos experimentais mais profundos.

RESUMO

Os autores estudam a embolização arterial em 6 cães, usando esponja de gelatina. Em 3 deles, houve necrose quase completa dos rins embolizados e, nos outros 3, a necrose foi menos intensa. Os estudos arteriográficos mostraram que nos 3 últimos a oclusão da artéria renal não foi completa.

Em 1 paciente com hipertensão maligna, fez-se a embolização bilateral das artérias renais. Em 1 semana, a PA normalizou-se e, 1 mês após, o paciente foi transplantado, mas o rim foi rejeitado 3 semanas depois. Os autores tecem comentários sobre a morbidade do método e sobre os riscos de auto-sensibilização.

SUMMARY

The authors studied the fate of kidneys 1 month after left renal embolization (with gelfoam) in 6 mongrel dogs. Necrosis was not complete in anyone regardless a complete occlusion of renal artery in 3 out of them.

A patient with malignant hypertension was also submitted to a transcatheter bilateral renal artery embolization with gelfoam. Seven days later there was a fall of blood pressure to normal levels. This patient was transplanted 1 month after arterial embolization. Three weeks later on the patient rejected the transplanted kidney. The authors comment on morbidity of the method and on the possibility of autosensitization.

BIBLIOGRAFIA

1) ALMGARD, L.E. FERNSTROM, I. Embolic occlusion of an intrarenal aneurysm: a case report. *Br. J. Urol.*, 45: 485, 1973.
2) KALISH, M.; GREENBAUM, L.; SILBER, S. & GOLDSTEIN, H. Traumatic renal hemorrhage treatment by arterial embolization. *J. Urol.*, 112: 138, 1974.
3) LUESSENHOPP, A.J., GIBBS, M. & VELASQUEZ, A.D. Cerebrovascular response to embolic. Observations in patient with arterio-venous malformations. *Arch. Neurol. Psychiat, 7: 264, 1962.*
4) MOSSO, J.A. & RAND, R.W. Ferromagnetic silicone vascular occlusion: a technic for selective infarction of tumors and organs. *Ann. Surg.*, 178: 663, 1973.
5) PASTER, S.B.; BERGREEN, P. & SCHWARTS, H. Percutaneous catheter-aided infarction or renal tumors: a preliminary report. *J. Urol.*, 114:351, 1975.

hemorragia retro e intraperitoneal provocada por ruptura espontânea de angiomiolipoma renal

FERNANDO SILVA DO VALLE FILHO — KLAUS DIETER STRUBEN — JOSÉ JURACI DE SOUZA — DANTE OLAVO FISCHER PINOTTI — JOSÉ DOS SANTOS PERFEITO.

Do Hospital Santa Helena — Fundação Antônio e Helena Zerrener — São Paulo (SP).

INTRODUÇÃO

O angiomiolipoma renal é um tumor raro: somente cerca de 200 (duzentos) casos aparecem na literatura. Foi primeiramente descrito, em 1880, por Bourneville e Brissard, em associação com esclerose tuberosa.

São geralmente encontrados em rins de pacientes com esclerose tuberosa, onde, quase sempre, são assintomáticos.

Quando encontrados em pacientes sem evidência de esclerose tuberosa, têm ocasionado confusão no que se refere à sua estrutura, comportamento clínico e tratamento.

O que nos leva à apresentação deste caso é que, além de uma grande hemorragia retroperitoneal, também tivemos hemorragia intraperitoneal.

CASO CLÍNICO

Paciente com 33 anos de idade, branca, sexo feminino, casada, brasileira, foi admitida na Unidade de Urgência do Hospital Santa Helena (São Paulo), no dia 7 de setembro de 1976 às 16:00 horas.

Apresentava história de algumas horas, com dor intensa, em pontada, no flanco esquerdo, acompanhada de vômitos.

Não apresentava queixas urinárias.

Em relação aos antecedentes, a paciente apresentava atraso menstrual de 30 dias, aproximadamente.

O exame físico admissional mostrava palidez cutâneo-mucosa, pressão arterial de 120/80, pulso de 86, freqüência respiratória de 20 e temperatura axilar de 37.3°C.

O aparelho cárdio-respiratório mostrava-se normal ao exame. O abdômen apresentava dor intensa à palpação no flanco esquerdo, não permitindo palpação profunda, mesmo após o uso de analgésicos.

Havia ainda dor intensa na fossa ilíaca esquerda.

Em virtude da dor intensa no flanco esquerdo, optou-se por uma urografia excretora, na qual não foram vistas alterações apreciáveis no esqueleto abdômino-pélvico e não evidenciadas calcificações patológicas.

Havia anomalia na disposição das alças intestinais, deslocadas para o hemiabdômen direito; colo transverso disposto verticalmente sobre a coluna lombar. As alças do intestino delgado continham moderada quantidade de gás, projetada à direita da coluna lombar; o espaço entre elas apresentava-se aumentado, sugerindo líquido na cavidade peritoneal. Notamos ainda velamento do hemiabdômen esquerdo (fig. 1)

As vias excretoras urinárias apresentavam-se opacificadas na radiografia, obtida cinco minutos após a administração de contraste por via venosa.

Não foram identificadas anormalidades nas vias excretoras direitas; pélvis desse lado bífida. Alteração na disposição dos cálices do rim esquerdo, que se apresentavam mal preenchidos, estirados, conglomerados, recalcados no sentido crânio-caudal; os contornos desse rim e a borda do psoas correspondente não eram nítidos. Podia-se notar ainda deslocamento de segmento pélvico do ureter esquerdo e da bexiga para a direita; o assoalho vesical mostrava-se elevado (fig.2).

A paciente foi submetida a exame tocoginecológico, que revelou: colo uterino hiperemiado, com abaulamento do fundo de saco posterior.

Dor intensa no ponto anexial, à esquerda.

À punção do fundo de saco de Douglas, houve saída de grande quantidade de sangue.

Foi colhido sangue por venopunção para tipagem e hematócrito, cujo valor foi 26%.

Após o exame ginecológico e a urografia, com a paciente pronta para a cirurgia, foi solicitada a colaboração do Serviço de Urologia do Hospital.

Em comum acordo da Cirurgia Geral com a Urologia, foi iniciada a cirurgia por laparotomia baixa.

Foi aberta a cavidade peritoneal e vista grande quantidade de sangue, mas após evacuação de sangue e coágulos, foi localizada uma pequena ruptura no mesossigmóide por onde penetrava sangue na cavidade.

Palpando-se goteira parietocólica esquerda, encontrou-se grande massa elevando o peritônio posterior.

Foi fechada a rotura peritoneal e a incisão abdominal por planos.

A paciente foi colocada em posição de Israel para lombotomia esquerda.

A lombotomia foi realizada com retirada subperiostal de parte distal da 12ª costela.

Ao se abrir a loja renal constatou-se grande hematoma e tecido tumoral, tomando o retroperitônio até a altura da pequena bacia.

Foi retirado todo o tecido tumoral roto, esvaziado o hematoma e em seguida realizada nefrectomia esquerda.

Fechamento da parede por planos.

À paciente foram administradas 2.500ml de sangue no transoperatório e mais 500ml no 1º dia de pós-operatório, tendo tido alta em boas condições no 8º dia de pós-operatório.

PATOLOGIA

Exame macroscópico: O espécime é recebido em formalina, e consiste de segmento proximal de ureter, rim e múltiplos fragmentos irregulares. O rim pesa 157 gramas e mede 12,2 x 5,1 x 4,3 cm. Num dos pólos, nota-se área rota, granulosa, de colorido pardo-amarelado, medindo 3,3 x 3,0 cm. A cápsula destaca-se com facilidade, expondo superfície lisa, de colorido pardo-amarelado. O parênquima é granuloso, de colorido róseo-pardacento. O limite córtico-medular é nítido. O sistema pielocalicial está preservado.

A área rota, acima descrita, limita-se somente ao terço externo da cortical. O segmento de ureter mede 8,6 cm de comprimento e diâmetro externo médio, variando em torno de 0,5 cm. Os fragmentos irregulares medem em conjunto 14,0 x 12,0 x 4,5 cm. Apresentam superfície granulosa, de colorido pardo-escuro, entremeados por áreas de colorido amarelado. Fragmentos representativos são submetidos a exame histológico.

Blocos: 4, com múltiplos fragmentos.

Exame microscópico

Os cortes histológicos demonstram tecido renal e segmento de ureter. O tecido renal exibe infiltração por massas de células gordurosas e musculares lisas. As células musculares são fusiformes. Os núcleos são centrais, ovóides, tendo nucléolos evidentes. As células gordurosas são ocupadas por grande vacúolo claro. Os núcleos são excêntricos, ovalados, sem atipias. Há grande quantidade de vasos com trombose e focos de hemorragia intersticial. O tecido renal circunjacente mostra por vezes infiltrado linfocitário intersticial. A arquitetura está preservada. Cortes do ureter e vasos renais do hilo mostram arquitetura preservada.

Não há sinais de malignidade (fig. 3).

DIAGNÓSTICO

Angiomiolipoma renal

DISCUSSÃO

O angiomiolipoma é um tumor benigno, composto de tecidos normalmente presentes num órgão, mas anormal em quantidade, arranjo ou grau de maturação.

Os angiomiolipomas unilaterais são raros; geralmente, são múltiplos e bilaterais.

Aproximadamente 80% desses tumores são encontrados em pacientes portadores de esclerose tuberosa.

É estimado que o angiomiolipoma ocorra uma vez em cada 150.000 nascimentos e que seja transmitido por um gen autossômico dominante.

Ocorrem mais comumente em mulheres e estão presentes entre a terceira e quinta décadas da vida. Não existe predominância racial na revisão bibliográfica.

Nossa paciente apresentava tumor único no rim esquerdo e não foram encontrados estigmas de esclerose tuberosa.

Os estigmas de esclerose tuberosa mais encontradiços são: deficiência mental, epilepsia, adenoma sebáceo, fibroma sublingual, calcificações intracranianas, lesões císticas em ossos, pulmões, etc.

Alguns autores acreditam que o angiomiolipoma renal sem nenhuma outra evidência de esclerose tuberosa possa ser considerado uma "forma frusta".

Deve-se enfatizar, contudo, que os estigmas da esclerose tuberosa podem tornar-se aparentes após vários anos da descoberta do tumor renal.

Os angiomiolipomas são caracteristicamente localizados no parênquima renal.

O tumor solitário está, geralmente, localizado num pólo; embora circunscrito, não há encapsulização. Existe uma substituição do parênquima renal naquela porção do rim ocupada pelo tumor.

A aparência macroscópica dos angiomiolipomas depende da predominância do tipo celular e ele pode apresentar-se amarelado, acinzentado (pardo) ou uma mistura pardo-amarelada, de acordo com a predominância do tecido gorduroso ou de células fusiformes (musculares).

A pélvis renal e os cálices estão comprimidos e distorcidos, embora, geralmente, estejam preservados.

Microscopicamente, os achados são geralmente constantes, aparecendo, em grau variado, tecido adiposo, vasos sanguíneos e fibras musculares lisas.

As células gordurosas são, na sua maioria, maduras com vacúolo grande centralizado e núcleo periférico pequeno.

O componente muscular mostra poucas mitoses e células mononucleares gigantes, com núcleos centrais.

Clinicamente, os angiomiolipomas renais podem apresentar dor (súbita) e hemorragia severa, tanto espontaneamente ou através de traumas severos.

Hemoperitônio é de ocorrência rara.

Nossa paciente apresentou quadro de dor severa no flanco e hemorragia retro e intraperitoneal, tornando o evento mais raro.

Os pacientes podem apresentar, também, dor e hematúria intermitentes; alguns apresentam sinais e sintomas indefinidos; assim, incidentalmente, o angiomiolipoma pode ser descoberto através de uma urografia excretora.

O diagnóstico, em certas ocasiões, pode ser estabelecido por urografia ou arteriografia. Os rins acometidos apresentam-se alongados, vascularizados e com múltiplos aneurismas.

A planigrafia renal pode ser útil, para diferenciar esses tumores de rins policísticos.

Em relação ao tratamento, podemos nos deparar com 3 eventualidades:

a) — Tumor(es) sólido(s) em pacientes sem evidência de esclerose tuberosa.

Como, geralmente, é impossível a diferenciação com hipernefroma, a nefrectomia parece ser o caminho mais seguro.

b) — Tumor sólido unilateral em paciente com evidência de esclerose tuberosa.

O diagnóstico da esclerose tuberosa deve, se possível, ser feito antes da cirurgia. Uma biópsia deve ser realizada, com o patologista advertido da concomitência da esclerose tuberosa.

Se o diagnóstico da biópsia é angiomiolipoma, deve-se terminar o procedimento cirúrgico aqui, mas, se a ressecção é realmente necessária, deve-se retirar tecido renal o bastante para se ter uma margem de segurança na retirada do tumor.

c) — Tumores sólidos bilaterais em pacientes com esclerose tuberosa.

O diagnóstico de esclerose deve ser feito definitivamente, se uma cirurgia de alto risco deva ser evitada. Geralmente, a exploração para malignidade inclui biópsia de congelação, com o patologista informado de que existe o diagnóstico de esclerose tuberosa.

A ressecção deve ser feita cuidadosamente, por que esses pacientes precisam de todo o tecido renal funcionante possível.

Muitos vivem por muitos anos com esses tumores, que provocam somente um ligeiro decréscimo da função renal.

A biópsia percutânea nesses pacientes está contra-indicada pelo risco de hemorragias ou fístulas arteriovenosas.

Fig. 1

Fig. 2

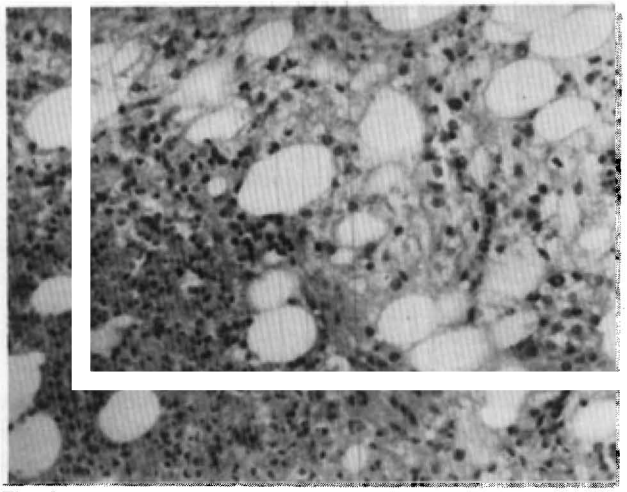


Fig. 3

RESUMO

Os autores apresentam um caso grave de hemorragia retro e intraperitoneal, causada por ruptura espontânea de angiomiolipoma renal.

Comentam a orientação diagnóstica e os achados cirúrgicos, bem como o resultado do exame anatomopatológico. Fazem uma revisão da bibliografia.

SUMMARY

The authors report a case of severe intra and extraperitoneal hemorrhage caused by a spontaneous rupture of an angiomyolipoma of the kidney.

They comment on the diagnosis procedure and the surgical findings, as well as the pathological results. They make a review of the bibliography.

BIBLIOGRAFIA

1) BEH, W. P., BARRHOUSE, D. H., JOHNSON, S. H., MARSHALL, M., JR. & PRINCE, S. E., JR. A renal cause for massive retroperitoneal hemorrhage-renal angiomyolipoma. *J. Urol.*, 116: 372-4, 1976.

2 FAURE, G., PERRUCHIO, P. & BONSOM, R. Un hématome rétropéritoneal révélateur d'un hamartome du rein. *Chirurgie*, 97: 751-53, 1971.

3 FARROW, G. M., HARRISON E. G., JR, UTZ, C. & JONES, D. R. Renal angiomyolipoma; a Clinicopathologic Study of 32 Cases. *Cancer*, 22: 564-70, 1968.

3 KHILNANI, M. T., ABRAMS R. M. & BERANBAUN, E. R. Angiographic Features of the Kidney. *Radiology*, 90: 900-1009, 1968.

5) LAGOS, J. C. & GOMEZ, M. R. Tuberous sclerosis-reappraisal of a clinical entity. *Mayo Clin. Proc.*, 42: 26-49, 1967.

6) MARSHALL, D., SAUL, G. B. & SACHS, E. JR. Tuberous Sclerosis report of 16 cases in two family trees revealing genetic dominance. *New Eng. J. Med.*, 261: 1102-1105, 1959.

7) MC CULLOUGH, D. L., SCOTT R., JR. & SEYBOLD, H. M. Renal angiomyolipoma (hamartoma): Review of the literature and report of 7 cases. *J. Urol.*, 105: 32-44, 1971.

8) PRINCE, E. B., JR. & MOSTOFI, F. K. Symptomatic Angiomyolipoma of the Kidney. *Cancer*, 18: 761-74, 1965.

9) ROTTIER, A. B. Een acute bloeding uit een angiomyolipoom von denier ben patiente met tubereuze sclerose. *Ned. T. Geneesk*, 117: 1539-41, 1973.

10) TAYLOR, J. N. & K. GENTERS. Renal Angiomyolipoma and Tuberous Sclerosis. *J. Urol.*, 79.685, 1958.

11) VASKO, J. S., BRACKMAN, S. K. & BOMAR R. L. Renal angiomyolipoma: A rare cause of spontaneous massive retroperitoneal hemorrhage. *Ann. Surg.*, 161: 577-81, 1965.

12) WAPNICK, A. B., LAZAROVICI, J., BARATZ, M. & SOLOWIEJCZYK, M. Spontaneous rupture of an angiomyolipoma of the Kidney. *I. Surgery*, 60: 485-87, 1975.

melanoma secundário de pélvis renal, ureter e bexiga.

MAURO R. R. BERGONSE — LAURO BRANDINA — ANTONIO M. A. FRAGA
Da Clínica Urológica — Universidade Estadual de Londrina (PR)

Os melanomas do trato urinário são raros, apresentando dificuldades no diagnóstico e tratamento. A maioria dos casos descritos foram verificações de autópsia.

A finalidade desta apresentação é o relato de um caso de melanoma metastático para bacinete, ureter e bexiga, diagnosticado em vida.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo masculino de 36 anos, admitido no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina com história de dores em cólica na região lombar direita, com irradiação para a região inguinal correspondente e hematúria macroscópica há 10 dias.

Há 17 meses, havia notado a presença de um nódulo na axila esquerda, doloroso, que aumentou progressivamente de tamanho e há 9 meses foi realizada sua extirpação cirúrgica, cujo resultado o paciente não soube informar.

Há 2 meses, notou aparecimento de nódulos subcutâneos de características semelhantes ao anterior, localizados na cabeça, tórax, abdome e antebraço esquerdo.

O paciente se encontrava em razoável estado geral, afebril, com mucosas descoradas ++, normotenso. Fígado e baço não palpados. Presença de nódulos subcutâneos com cerca de 0,5 cm de diâmetro, móveis, dolorosos e com coloração escura.

Hematócrito de 33%, hemoglobina: 10%.

Parcial de urina: 68.000 hemácias.

Radiografia simples de tórax: normal.

Na urografia excretora, foi evidenciada falha de enchimento arredondada, regular, com cerca de 0,3 cm de diâmetro, no bacinete direito (fig. 1), 1/3 inferior de ureter esquerdo e bexiga (fig. 2).

Na cistoscopia, foi notada a presença de 3 (três) nódulos escuros, com tamanho variando de 0,3 a 0,5 cm de diâmetro, localizados na cúpula vesical, parede lateral esquerda e trígono (fig. 3), sangrantes ao toque. Efetuada a ressecção endoscópica dos nódulos.

O diagnóstico anatomopatológico dessas lesões foi de melanoma (fig. 4).

O paciente evoluiu com rápida piora do estado geral; e uma radiografia de tórax, 18 dias após, já revelou inúmeras metástases pulmonares (fig. 5).

Houve disseminação dos nódulos subcutâneos por todo o corpo, sendo que alguns alcançaram 6 cm de diâmetro, dolorosos e facilmente sangrantes ao toque.

O óbito ocorreu 32 dias após o internamento; a autópsia não foi autorizada pela família.

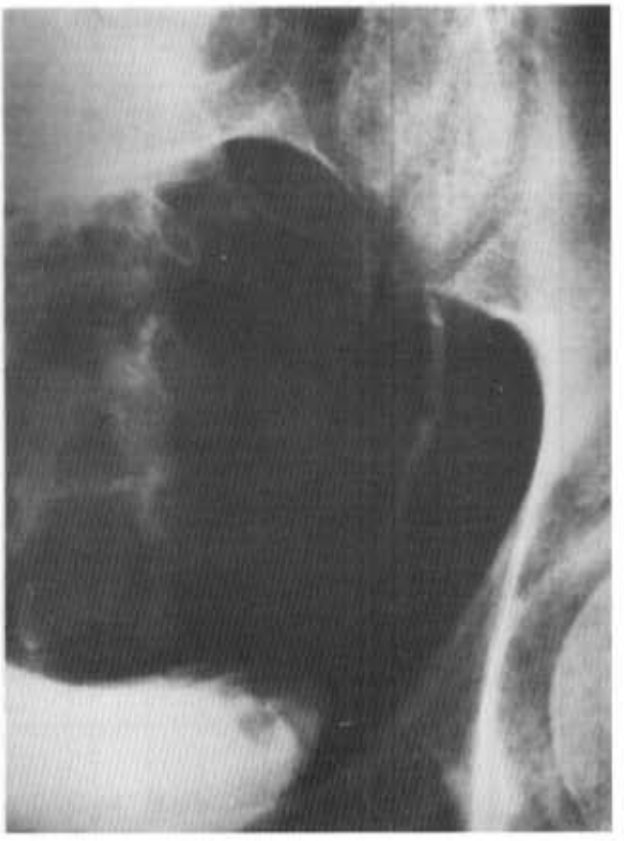
COMENTÁRIOS

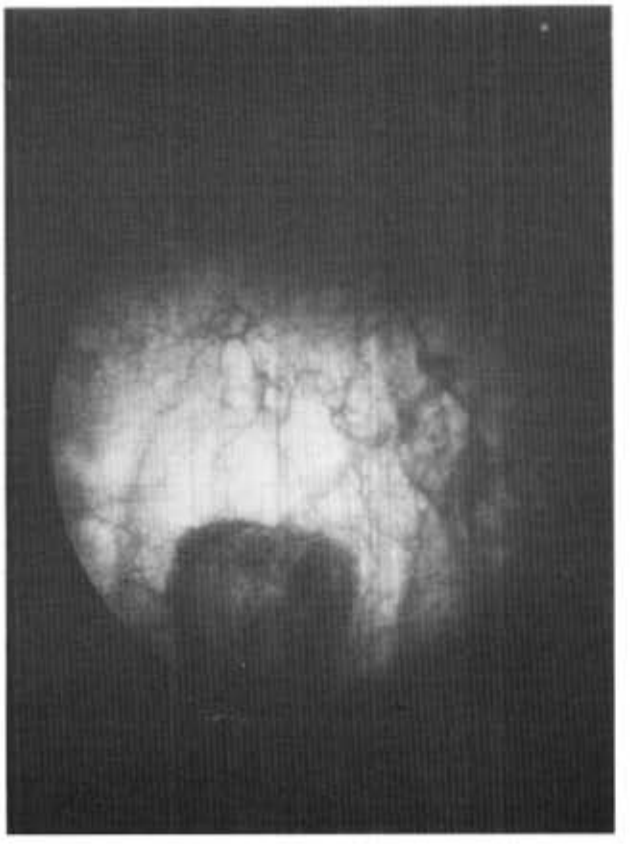
A incidência dos melanomas é de cerca de 2% de todos os tumores malignos do organismo; 65% são originados na pele[2]. É o único tumor da pele que dá metástases para o trato urinário[3].

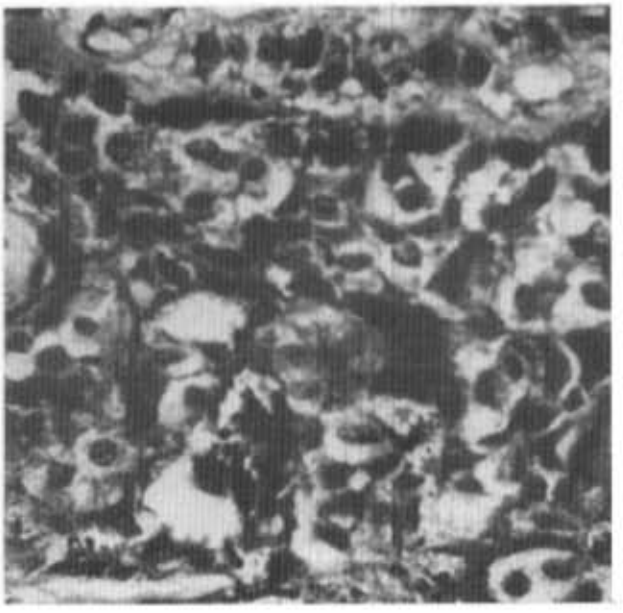
O quadro 1 nos mostra os casos descritos na literatura, sendo que na maioria o diagnóstico foi achado de necrópsia.

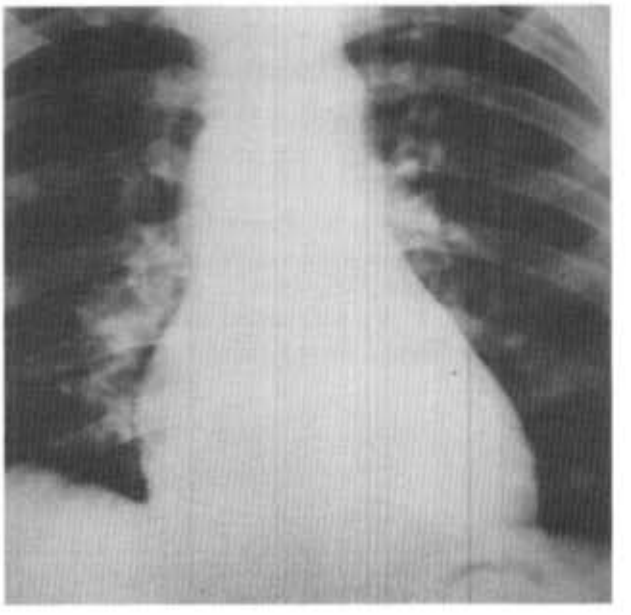
O diagnóstico precoce do melanoma primário do trato urogenital e a cirurgia radical parecem ser o melhor procedimento[4]. Nas metástases, as medidas terapêuticas são paliativas. Foram tentados o emprego de radioterapia[4, 8], implantação de agulhas de radiu[illegible] e quimioterapia sistêmica ou por perfusão regior[13, 8], mas com remissões apenas temporárias.

MELAYOMA SECUNDÁRIO









QUADRO I — MELANOMA SECUNDÁRIO DE TRATO GENITURINÁRIO (REVISÃO DA LITERATURA)

Autor	Bexiga	Rim	Adrenal	Próstata	Testículo	Ureter	Bacinete	Vesícula Seminal	Uretra Masculina	Epidídimo	Pênis	Obs.
Abshouse 1957	32	20	12	9	4	3	2	2		1	1	
Samellas 1961	1*					1*	1*					A.C.
Judd 1962						1						A.C.
Bartone 1963	42*											
Das Gupta e Grabstalo 1964	2		1	1					1			
Edson e Hutchins 1973	1*	1*				1*						A.C.
Nakazono, Iwata Kuribaiashi 1975						9**						

* Mesmo doente ** Incluídos os precedentes A.C. — Apresentação de caso

RESUMO

É apresentado um caso de melanoma metastático, para bacinete, ureter e bexiga diagnosticado em vida.

SUMMARY

A case of metastatic melanoma of the urinary tract, diagnosed as the patient was still alive, is presented.

Precocious diagnosis of primary melanoma and radical surgery seem the best management to be employed.

BIBLIOGRAFIA

1) ABESHONSE, B. S. Primary and secundary melanoma of the genitourinary tract. *Southern Med.* J., 51:994-1005, 1958.
2) BARTONE, F. F. Metastatic melanoma of the bladder. *J. Urol.*, 91:151-155, 1964.
3) EDSON, M. & HUTCHINS, K. R. Metastatic melanoma of ureter. *N. Y. State J. Med.*, 73:459, 1973.
4) GUPTA, T. D. & GRABSTALD, H. Melanoma of the genito-urinary tract. *J. Urol.*, 93:607-614, 1965.
5) JUDD, R. L. Melanoma of the ureter: a case report. *J. Urol.*, 87:805, 1962.
6) NAKAZONO, M., IWATA, S. & KURIBAIASHI, N. Disseminated metastatic ureteral melanoma: a case report. *J. Urol.*, 114:624-625, 1975.
7) SAMELLOS, W. & MARKS, A. R. Metastatic melanoma of the urinary tract. *J. Urol.*, 85:21-23, 1961.
8) WALSH, E. J., OCKULY, E. A., OCKULY, E. F. & OCKULY, J. J. Treatment of metastatic melanoma of the bladder. *J. Urol.*, 96:472-478, 1966.

prevalência de urinocultura positiva segundo dois critérios para indicação do exame: um estudo hospitalar.

ALOYSIO AMANCIO — CLEBER MÁRCIO REZENDE — ALEXANDRE ADLER PEREIRA — ANTÔNIO AUGUSTO F. QUADRA.
Da Faculdade de Ciências Médicas (U.E.R.J).

INTRODUÇÃO

Em vista da ampla divulgação e facilidade para a realização de culturas de urina e a persistência de uma concepção de assistência médica que privilegia o setor tecnológico-laboratorial, os critérios para a sua indicação têm sido relaxados em nosso meio. Este trabalho pretende estudar a situação atual das indicações clínicas para a feitura de urinoculturas em nosso Serviço, cotejando os dados obtidos sem e com um enquadramento dessas mesmas indicações, supondo ser a política de fixação de normas internas, controles e rotinas uma forma capaz de alcançar uma atenção hospitalar mais eficaz e rentável.

Nossa hipótese é a de que a adoção de critérios rígidos de solicitação de exames desta natureza pode melhorar a correlação clínico-laboratorial dos casos de infecção urinária, simultaneamente reduzindo o número de pedidos sem adequada avaliação clínica e, em conseqüência, diminuindo os custos hospitalares para este item.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram estudados os pacientes internados na Clínica Médica 2, do Departamento de Medicina, do Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, cujas características gerais já foram descritas . As populações estudadas foram consideradas comparáveis, não existindo grandes desproporções entre suas características demográficas.

Durante os primeiros três meses de um cronograma de seis, foram registrados todos os pedidos de urinocultura solicitados pelos clínicos do Serviço, sem nenhum controle sobre as indicações. Os critérios para os pedidos partiram do próprio médico assistente do caso. Nos segundos três meses, todos os pedidos de urinoculturas obedeceram obrigatoriamente a uma técnica de colheita padronizada (Anexo 1) e a uma ou mais das 12 indicações relacionadas no anexo 2 em uma enfermaria de homens e em outra de mulheres, adultos todos. As demais duas enfermarias do Serviço continuaram colhendo urina sem controle.

RESULTADOS

Foram realizadas 131 culturas no Serviço durante os primeiros três meses (período 1). Destes, 49 foram positivos, o que representa 37,4% de positividade. Nos segundos três meses, foi realizado um total de 118 culturas. Destas, 45 obedeceram aos critérios de colheita e indicações expostos nos Anexos 1 e 2. Houve 10 positivos, o equivalente a um percentual de positividade de 22,2%. Neste mesmo período sem controle, foram indicadas e realizadas 74 culturas, das quais 21 foram positivas, o que equivale a 28,3% de positividade.

Quando comparados o período 1 contra o período 2, observa-se que, do total de 249 culturas solicitadas, 80 foram positivas e 169 negativas; das 80 positivas, 49 foram realizadas no período 1 e 31 no 2. Aplicando-se o teste de estatística do X^2 para independência, vem a Tabela I (entre parênteses, a freqüência esperada).

Em relação aos custos hospitalares, verificamos que, ao custo médio de Cr$ 150,00 por cultura, gastaram-se, no período 1, Cr$ 19.650,00 e, no período 2, Cr$ 17.700,00.

Das indicações relacionadas no Anexo 2, no período 2, a mais freqüente foi a contagem de 5 ou mais piócitos por campo no exame simples de urina, com um total de 29 vezes. Entretanto, em somente um caso em que este dado foi utilizado isoladamente a cultura foi positiva.

DISCUSSÃO

Pelos dados obtidos nesta observação, não houve diferença significativa entre os percentuais de positividade das urino-culturas colhidas e realizadas com e sem uma rotina de higienização da genitália externa e a utilização de 12 critérios de indicação, em pacientes internados. Ainda que considerando o curto prazo de observação e o número pequeno de casos, este dado se opõe ao discriminado na literatura. [1, 2, 4, 8].

Pode ser que, lidando o nosso grupo com uma grande quantidade de doentes renais, em virtude de

estar localizada em nosso Serviço a Secção de Nefrologia do Hospital (cujos doentes não entraram nesta observação), já haja um consenso adequado com vistas às indicações de urinoculturas. Por isto, a implantação de uma rotina de colheita e indicação poderia ser meramente redundante. Entretanto, o relativamente baixo índice de positividade, tanto nos períodos 1 como 2, pode sugerir que muitas indicações tenham sido supérfluas. Isto pode estar relacionado à ideologia das supostas diferenças entre hospitais ditos universitários e os estritamente assistenciais, através do que se convencionou chamar de "a necessidade de documentar os casos". [3]. Acrescente-se a esta possibilidade um provável retardo na semeadura das amostras, desde o momento da colheita, ou, ainda, uma conservação inadequada do material antes de sua chegada ao Laboratório.

Ainda que não tenhamos registrado o número total de pacientes internados, reduziu-se a quantidade de pedidos de urinoculturas quando imposta uma rotina de indicações. Isto, todavia, não teve correspondência num aumento percentual das urinoculturas positivas.

É verdade que o custo hospitalar neste item foi reduzido. Contudo, não estamos persuadidos de que esta redução tenha favorecido os diagnósticos. Dentre os casos para os quais não foi solicitada a cultura pelo não preenchimento de uma ou mais das indicações exigidas, muito possivelmente ficaram casos com infecção urinária significativa. A presente investigação talvez indique que ainda não tenhamos um instrumento eficaz que permita identificar tanto os falso-positivos, quanto os falso-negativos.

É nosso propósito prosseguir nesta linha, procurando identificar e corrigir possíveis faltas, como as mencionadas acima. A hipótese específica proposta não foi confirmada.

RESUMO

Durante três meses, foram registrados todos os pedidos de urinoculturas solicitados por um dos Serviços de Clínica Médica do Hospital de Clínicas da U. E. R. J., sem nenhum controle sobre as indicações. Nos três meses seguintes, todos os pedidos de urinocultura desse Serviço obedeceram obrigatoriamente a uma ou mais de 12 indicações fixadas com base na revisão da literatura em uma enfermaria de homens e em outra de mulheres. As outras duas enfermarias do Serviço prosseguiram colhendo urina sem controle. A técnica de colheita e de cultura foi igual durante todos os seis meses. A hipótese de trabalho foi a de que a adoção de critérios rígidos de solicitação de exames desta natureza pode melhorar altamente a correlação clínico-laboratorial dos casos de infecção urinária, simultaneamente reduzindo o número de pedidos sem adequada avaliação clínica e, em conseqüência, diminuindo os custos hospitalares. A hipótese não foi confirmada.

SUMARY

In order to evaluate a process to reduce the number of negative urine cultures ordered by home officers in a general medical ward, two periods of three months were studied, one period of liberal indications and another of rigid control in which urine cultures were ordered only after precise indication. These criteria were based on medical literature. There were no significant differences between the two periods.

Tabela I

Positividade de urinoculturas nos 1° (sem controle) e 2° períodos (total): CM 2 — HC — UERJ — 1976.

Resultado da Cultura	Período 1		Período 2		Total
Positivo	49	(42)	31	(38)	80
Negativo	82	(89)	87	(80)	169
TOTAL	131		118		249

$X^2 = 3,6$ p = N.S.

Comparando-se o período de 1 com o período 2 (com controle) os resultados são (Tabela II):

Tabela II

Positividade de urinocultura nos 1° (sem controle) e 2° períodos (com controle). CM2 — HC — UERJ. — 1976.

Resultado da Cultura	Período 1		Período 2		Total
Positivo	49	(44)	10	(15)	59
Negativo	82	(87)	35	(30)	117
TOTAL	131		45		176

$X^2 = 3,33$ p = N.S.

Analisando-se apenas ao interior do período 2, não se observa diferença entre os subgrupos com controle e sem controle (Tabela III).

Tabela III

Positividade de urinocultura ao interior do 2° período (com e sem controle). CM 2 — HC — UERJ — 1976.

Resultado da Cultura	Controle		Total
	Presente	Ausente	
Positivo	10 (12)	21 (19)	31
Negativo	35 (33)	52 (55)	87
TOTAL	45	73	118

$X^2 = 0{,}73$ p = N.S.

BIBLIOGRAFIA

1) BRUMFITT, W. Bacteriological aspects of renal disease. *In*: (Ed.) — *Renal Disease*. Oxford, Blackwell Scientific Pub., 1972, p. 367.

2) FREEDMAN, L. R. Urinary tract infection pyelonephritis and other forms of chronic interstitial nephritis. *In*: STARUSS, M. B. & WELT, L. G. (Ed.) — *Disease of the Kidney*. Boston, Little, Brown Co., 1971, p. 667.

3) KOIFMAN, R. J. & cols. Avaliação operacional de um serviço hospitalar de Clínica Médica. *Rev. Paul. Hosp.*, 23: 493, 1975.

4) LANG, G. R. & LEVIN, S. Diagnosis and treatment of urinary tract infections. *M. Clin. N. America*, 55:1439, 1971.

5) MERRITT, A. & cols. Sterile-veided urine culture. *J. Lab. Clin. Med.*, 52:463, 1958.

6) STANLY, T. A. *Urinary Infection.* Baltimore. Williams & Wilkins Co., 1972.

7) STRAFTON, R. A. Urinary tract infection. Problems in diagnosis and management, 1973. *M. Clin. N. America*, 58:545, 1974.

8) TAPSALL, J. W. & cols. Relevance of "significant bacteriuria" to etiology and diagnosis of urinary tract infection. *Lancet*, 11:637; 1975.

Anexo 1

Departamento de Medicina
Clínica Médica 2
Técnica para Colheita de Urina para Cultura

1. Observe os critérios para a indicação do pedido de urinoculturas.
2. Ensine ao paciente *detalhadamente* como fazer a higiene da genitália externa com água e sabão.
3. Ensine ao paciente detalhadamente como usar a gase fenestrada antes de começar a urinar no vaso e, sem interromper a micção, recolher, no frasco esterilizado e sem contaminá-lo, a parte do meio da micção, e, logo após, fazê-lo continuar a urinar no vaso a parte final da micção. NÓS QUEREMOS QUE O PACIENTE RECOLHA NO FRASCO ESTERILIZADO APENAS A URINA DO MEIO DA MICÇÃO, *SEM TOCAR NO FRASCO POR DENTRO E SEM CONTAMINAR A TAMPA DO FRASCO.* Não faz mal se o doente molhar suas mãos com urina: ele lava depois. NA DÚVIDA, FIQUE JUNTO AO DOENTE E VERIFIQUE SE ELE FEZ TUDO CORRETO.
4. Prefira a primeira urina da manhã.
5. Mande a urina do frasco esterilizado e novamente tampado para o Laboratório de Bacteriologia, imediatamente, acompanhado do pedido e da folha de critérios para indicação.
6. Logo que puder, *no mesmo dia,* comunique ao Dr. ..... as culturas colhidas.

Departamento de Medicina
Clínica Médica 2

ESTA FOLHA DESCE COM O PEDIDO DO EXAME

Os 12 critérios para a indicação de urinoculturas.

Nome_____ Reg._____

Idade_____ Cor_____ Sexo_____ Est. civil_____ Data_____

O paciente deverá apresentar uma ou mais das seguintes situações (Assinalá-las e grifar os dados presentes).

_____ Sinais de obstrução urinária (retenção de urina, história de prostatismo, aumento da próstata).

_____ Sinais de infecção baixa (polaciúria, disúria, estrangúria, urgência, desconforto vesical, urina com odor intenso).

_____ HPP de infecção urinária (claramente assegurada).

_____ HPP de refluxo vésico-ureteral (claramente assegurado).

_____ Casamento, parto, instrumentação urológica ou biopsia renal há menos de 6 meses.

_____ Gravidez, diabete e/ou drepanocitose.

_____ Paraplegia.

_____ Litíase urinária (claramente assegurada).

_____ Mais de 5 leucócitos ou piócitos em um EAS após completa higiene do meato urinário.

_____ Cilindros leucocitários.

_____ Uso contínuo de álcool, fenacetina, aspirina, cafeína, codeína.

_____ Febre de origem obscura, crescimento retardado e uso de corticóides ou imunossupressores.

Anexo 3

Técnica de urinocultura empregada

Todos os pacientes sob controle no segundo trimestre tiveram suas urinas colhidas pela técnica exposta no Anexo 1. Durante o primeiro trimestre, nenhuma instrução foi dada ao paciente ou à enfermagem além daquela que atualmente se lhe oferece. Em ambos os trimestres, a técnica de cultura foi a seguinte:

1) Amostras de urina diluída a 1/100 (0,1 ml em 9,9 ml de sol. fisiológica estéril) e semeada 0,1 ml em placas de agar tripticase-soja.
2) Após incubação de 24 horas a 37°C, é feita a contagem de colônias, multiplicando-se por 1000 o número de colônias isoladas.
3) Os bastonetes Gram-negativos são identificados mediante sub-cultura em agar tripticase-soja, agar sangue e agar eosina — azul de metileno. A observação das características bioquímicas das amostras isoladas constarão de ação sobre lactose, glicose e uréia, produção de indol e H_2S, mobilidade, prova de VM — VP, crescimento em agar citrato de Simmons, prova de oxidase e produção de pigmento.
4) Os cocos Gram-positivos são isolados após subculturas em agar feniletanol e agar Chapman-Stone; a identificação final após observação de hemólise, prova da coagulase, inibição pela bacitracina e crescimento a 45° em caldo contendo cloreto de sódio a 6,5%.
5) Após identificação, as amostras com 100 000 colônias ou mais são submetidas a testes de sensibilidade a antibióticos, segundo o método de Mueller-Hinton.

ocorrência de neoplasias múltiplas distintas em urologia

HUGO HYPÓLITO — PAULO ROBERTO DIAS WESTIN.
Do Serviço de Urologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" (S. Paulo).

INTRODUÇÃO

A cura de determinada neoplasia em um indivíduo não implica necessariamente que esta pessoa esteja livre da ocorrência de outro tipo de câncer. A literatura tem registrado o aparecimento de dois, três, e até mesmo sete tumores distintos num mesmo paciente [21]

Foi Billroth[4], no século passado, o primeiro a verificar esta associação e, desde então, numerosos trabalhos surgiram abordando o tema. Em 1932, Warren & Gates[35] desenvolveram os seguintes critérios para caracterizar as neoplasias múltiplas distintas num mesmo paciente :

1- Cada tumor deve ser maligno.

2- Cada tumor deve ser histologicamente distinto do (s) outro (s).

3- Nenhum tumor deve ser metastático de outro.

Excluem-se , portanto, deste estudo, os tumores de origem multicêntrica, como as neoplasias uroteliais.

Com relação ao intervalo de tempo de sua descoberta, podemos classificar as neoplasias múltiplas distintas em simultâneas ou síncronas, quando são descobertas ao mesmo tempo ou dentro de um período de seis meses; e sucessivas ou metácronas, quando intervaladas de mais de seis meses[21].

Nosso material limita-se a casos de associação de tumores malignos exclusivamente urológicos, e que se enquadram nos critérios de Warren & Gates[35] enumerados acima. Em todos os casos relatados, houve comprovação anatomopatológica das neoplasias .

COMENTÁRIOS

Examinando o quadro acima, observamos as seguintes associações:

a. Adenocarcinoma de próstata + carcinoma papilífero de bexiga: 4 casos.

b. Hipernefroma do rim direito + adenocarcinoma de próstata: 1 caso.

c. Adenocarcinoma de próstata+carcinoma epidermóide do pênis: 1 caso.

d. Carcinoma papilífero do ureter D+adenocarcinoma de próstata: 1 caso.

e. Carcinoma papilífero de bexiga + hipernefroma do rim direito: 1 caso.

f. Hipernefroma do rim E+carcinoma papilífero do bacinete E: 1 caso.

Verifica-se que a associação mais freqüente é a do adenocarcinoma de próstata com o carcinoma papilífero da bexiga. Esta incidência relativa também havia sido verificada por Moertell[22, 23] na Clínica Mayo, que, em 1909 casos de tumores múltiplos, encontrou 60 casos de neoplasias múltiplas exclusivamente urológicas (3,1%). Destes 60 pacientes, a associação de adenocarcinoma de próstata com carcinoma papilífero de bexiga foi encontrada em 40 deles.

Observe-se que todos os pacientes de nossa série são do sexo masculino. Esta predominância também já havia sido verificada por Melicow & Uson[20], que, em 5.000 pacientes com neoplasias urológicas, encontraram 27 casos de tumores malignos múltiplos exclusivamente urológicos (0,54%), sendo 26 do sexo masculino e apenas uma paciente do sexo feminino. Isto se deve em primeiro lugar à limitação do campo da urologia abrangendo apenas o aparelho urinário na mulher; além disso, a incidência destes tumores, quando considerados isoladamente, é, via de regra, maior no sexo masculino: hipernefroma 2:1; carcinoma papilífero do bacinete 4:1[9]; carcinoma papilítico do ureter 2,4:1[29]; carcinoma papilífero da bexiga 2,32:1[15].

Há vários trabalhos na literatura relatando associações de neoplasias urológicas num mesmo paciente, geralmente assentadas em órgãos distintos do aparelho urogenital [1, 6, 12, 24, 28, 31, 33, 36, 37] . Mais escassas são as referências de dois tumores malignos no mesmo órgão do sistema urinário[8, 16, 25, 26, 27]. Finalmente, a associação mais rara por nós encontrada foi anteriormente descrita apenas quatorze vezes na literatura[10, 13, 14, 18, 20, 26]. Trata-se da associação de hipernefroma com carcinoma papilífero de bacinete no mesmo rim. Da revisão destes 14 casos relatados, verifica-se a predominância do rim esquerdo em 9 deles, sendo 2 casos à direita e 3 casos onde não foi referido o lado atingido. A estes 14 casos, acrescentamos o paciente por nós relatado, cujo rim atingido também foi o esquerdo. Apesar do pequeno número de casos, verifica-se nítida preferência pelo rim esquerdo. Esta incidência maior à esquerda está em desacordo com a ocorrência destes dois tumores quando considerados isoladamente, que é igual para os dois lados[9]. Desconhecemos as causas desta aparente preferência pelo rim esquerdo, que não havia sido assinalada anteriormente na literatura.

DISCUSSÃO

As neoplasias múltiplas não devem ser consideradas como casos raros, encontrados acidentalmente. Sua freqüência é relativamente elevada e parece mesmo tendendo a aumentar numa população de doentes de câncer. Warren & Gates[35], no período de 1926 — 1931, encontraram uma proporção de 3,7 casos em 100, que passou para uma proporção de 6,8 em 100 no período de 1932 — 1943. Este aumento parece estar relacionado em primeiro lugar com uma maior eficácia dos métodos terapêuticos que proporcionariam uma sobrevida mais longa, possibilitando o aparecimento ulterior de um segundo câncer. Além disso, uma maior precisão dos meios de diagnóstico, um seguimento mais longo dos pacientes, inclusive com vigilância dos doentes curados, permitiria registrar maior número de casos de tumores múltiplos .

Segundo Das & Brosman[6], a incidência de neoplasias múltiplas distintas varia entre 2,8 a 11,7% dos pacientes com câncer. Steg *et al*[31] relatam que, em 8 a 20% dos pacientes com neoplasias múltiplas distintas, participam tumores urogenitais; e, em 0,5%, tumores exclusivamente urológicos. Lynch *et al*[17], em 109 pacientes com adenocarcinoma de próstata, verificaram o desenvolvimento de um segundo câncer em 22 deles (20%), sendo que 5 destes novos tumores incidiram no aparelho urogenital (3 tumores vesicais e 2 tumores renais).

Os estudos estatísticos referentes a grandes populações de doentes com neoplasias múltiplas mostraram que o desenvolvimento de um primeiro câncer não aumenta nem diminui, de maneira estatisticamente significativa, as chances de desenvolvimento de um segundo câncer [2, 7, 31].

Baseando-se inteiramente na incidência específica de neoplasias em determinadas faixas etárias, as pessoas que atingem idades avançadas estão sujeitas a apresentarem tumores múltiplos com maior freqüência [30]. Em outras palavras, se a sobrevida após o primeiro câncer for longa, ocorrerá com maior freqüência o câncer múltiplo[34].

Feremans [11] é da opinião que existem dois grandes grupos de doentes com tumores múltiplos: nos casos em que os tumores são simultâneos, eles resultariam de uma agressão a vários órgãos ou tecidos do corpo humano por um fator externo desconhecido, podendo ser de natureza química ou viral. Nos casos de tumores sucessivos, o fator mais importante seria a predisposição individual.

Outros fatores que interferem na gênese das neoplasias múltiplas distintas são:

Radioterapia — McIntyre & Pointon [19] demonstraram uma maior incidência de câncer de bexiga em mulheres que foram tratadas com radioterapia por apresentarem carcinoma do colo uterino. Varkarakis *et al* [32] verificaram que o tumor vesical que ocorre nestas pacientes, submetidas anteriormente à radioterapia por carcinoma do colo uterino, tem um prognóstico mais grave. Cohen & D'Angio [5] reportaram o aparecimento de tumores ósseos raros em crianças submetidas à radioterapia. Steg *et al* [31] relatam o aparecimento de sarcomas secundários ao tratamento radioterápico de diversas neoplasias.

Deficiência imunológica — Berg [3] relatou o aparecimento de múltiplas neoplasias primárias em uma adolescente com deficiência de imunoglobina A.

Hereditariedade — Parece indiscutível, segundo Steg *et al* [31], que as neoplasias múltiplas distintas são encontradas mais freqüentemente em pacientes cujos ancestrais foram ou são doentes de câncer. Estes mesmos autores não encontraram correlação entre grupos sanguíneos do sistema ABO e Rh e incidência de tumores múltiplos distintos.

Esitem ainda as *associações preferencias* entre dois ou mais tumores distintos, o que sugere a existência de um fator predisponente comum. Exemplos:

1. Associação do câncer múltiplo da pele ao câncer do lábio, devido à sensibilidade dos tegumentos e sua exposição constante aos mesmos agentes carcinogenéticos.
2. Associação do câncer genital ao câncer da mama na mulher, o que sugere um mecanismo hormonal.
3. Associação de tumores das vias aerodigestivas superiores, onde o papel do fumo parece atualmente demonstrado.

Finalmente, existe a possibilidade de indução de um segundo tipo da câncer pelo tratamento do primeiro. Como exemplo, temos o tratamento radioterápico, já citado; e o aparecimento de neoplasias mamárias desencadeadas pela estrogenoterapia do adenocarcinoma de próstata [31]

RESUMO

A ocorrência de um tumor maligno em um paciente não exclui a possibilidade do aparecimento, simultâneo ou sucessivo, de outra neoplasia distinta. Encontramos em nosso material nove casos de associação de dois tumores urológicos histologicamente distintos no mesmo paciente, predominando a associação de adenocarcinoma de próstata com carcinoma papilífero da bexiga. Outras associações encontradas foram: adenocarcinoma de próstata com carcinoma epidermóide do pênis; carcinoma papilífero de bexiga com hipernefroma; adenocarcinoma de próstata com hipernefroma; carcinoma papilífero

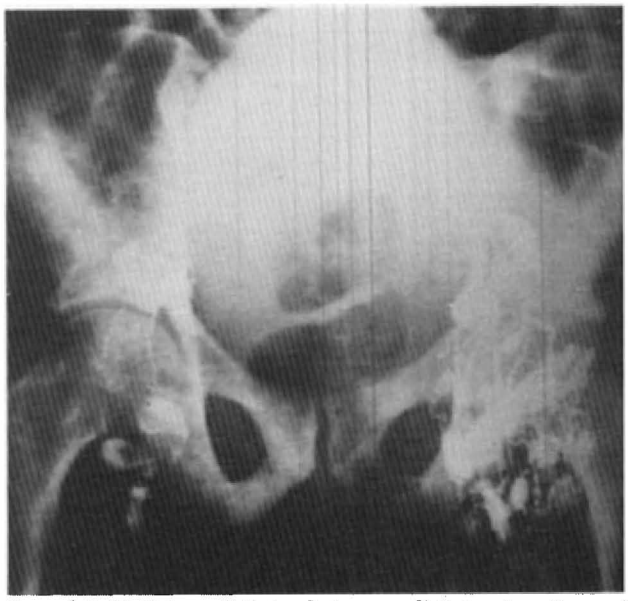
do ureter com adenocarcinoma de próstata e, finalmente, carcinoma papilífero do bacinete e hipernefroma no mesmo rim.

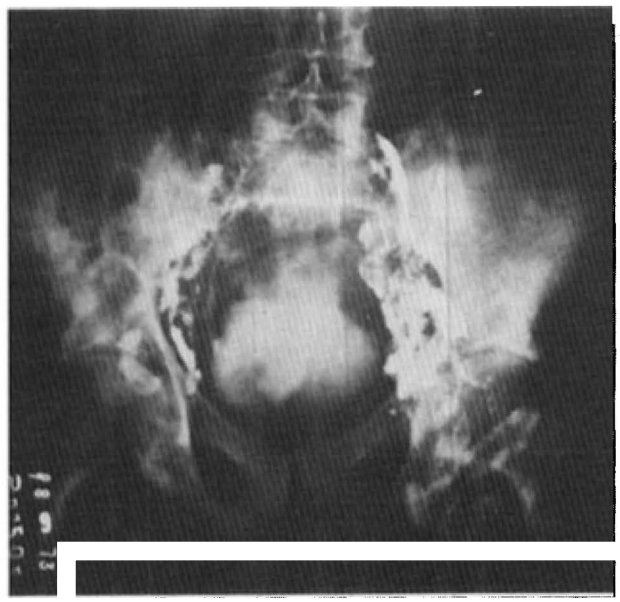
O tratamento é idêntico ao dos casos em que as neoplasias são encontradas isoladamente.

Parece não haver fatores predisponentes específicos para estas associações, sendo as chances de aparecimento crescentes com o avançar da idade.

SUMMARY

The occurrence of a malignant tumor doesn't exclude the possibility of simultaneous or successive growth of another dissimilar neoplasia in the same patient. The AA. report nine cases of this association among their patients, with predominance of prostatic carcinoma and papillocarcinoma of the bladder.

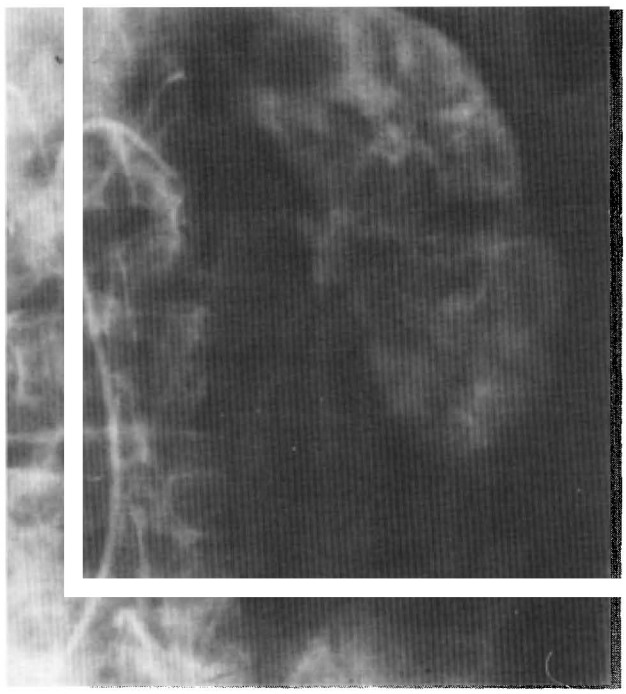




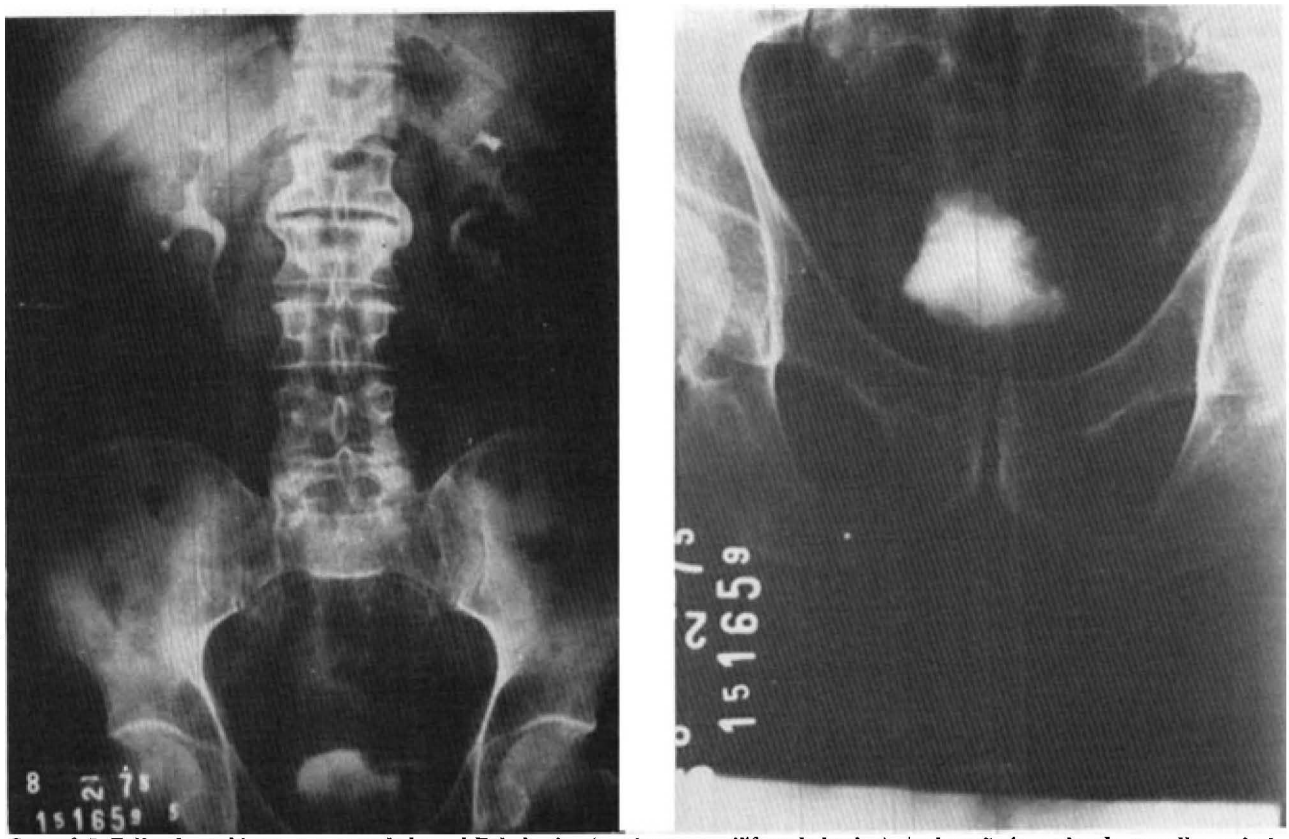
Caso nº 1: Metástases distintas de tumores distintos: invasão ganglionar pelo adenocarcinoma da próstata.

rcinoma epidermóide do pênis e disseminação óssea pelo

Caso nº 3: Pielografia ascendente E: falha de enchimento na pelve renal E. (Ca papilífero de bacinete).



Caso nº 3: Arteriografia seletiva renal E: nódulo hiper-vascular no pólo inferior (hipernefroma).



Caso nº 5: Falha de enchimento na parede lateral E da bexiga (carcinoma papilífero de bexiga) + elevação irregular do assoalho vesical (adenocarcinoma de próstata).

Caso nº 6: Processo expansivo no pólo superior do rim direito (hipernefroma) + falha de enchimento vesical (carcinoma papilifero de bexiga).

SUMÁRIO DOS CASOS

IDENTIF	1° tumor	2° tumor	TIPO	TRATAMENTO 1° tumor	Tratamento 2° tumor	evolução 1° tumor	evolução 2° tumor	Sobrevida
F. S. P., preto, masculino - 66 anos	adenocarcinoma de próstata – 17/6/72	carcinoma epidermóide do pênis – 25/9/73	sucessivos	Estrogenoterapia + RTU + radioterapia	emasculação	Metástase para os ossos da bacia e da coluna lombar	metástase para gânglios inguinais, ilíacos e periaórticos	óbito em fevereiro de 1974
O. F., branco, masculino, 75 anos	carcinoma papilífero de bexiga – 20/5/76	adenocarcinoma de próstata – 20/5/76	simultâneos	ressecção transuretral (RTU)	ressecção transuretral + estrogenoterapia	sem recidiva	regressão parcial	vivo
A. N., branco, masculino, 71 anos	hipernefroma do rim E 24/5/76	carcinoma papilífero do bacinete E 24/5/76	simultâneos	nefroureterectomia E ampliada + telecobaltoterapia	idem	sem recidiva	surgiu carcinoma papilífero vesical, eletrofulgurado 12/7/77	vivo
G. C., preto, masculino, 57 anos	adenocarcinoma de próstata 7/10/71	carcinoma papilífero de bexiga – 7/6/76	sucessivos	ressecção transuretral + estrogenoterapia	ressecção transuretral + quimioterapia intravesical	regressão parcial	sem recidiva	vivo
O. F. C., branco, masculino, 60 anos	adenocarcinoma de próstata – 18/12/75	carcinoma papilífero de bexiga – 18/12/75	simultâneos	estrogenoterapia	ressecções endoscópicas (5) e 75, 76 e 77	regressão parcial	recidivas superficiais tratadas com RTU	vivo
C. R., branco, masculino, 64 anos	carcinoma papilífero de bexiga – 31/8/73	Hipernefroma do rim D – 9/10/74	sucessivos	ressecções transuretrais (2)	nefrectomia D ampliada	uma recidiva tratada com RTU em 1974	sem recidiva	vivo
F. E., branco, masculino, 74 anos	hipernefroma do rim D – 22/9/69	adenocarcinoma de próstata – 7/11/73	sucessivos	nefrectomia D ampliada + telecobalto terapia	estrogenoterapia	sem recidiva	regressão parcial	vivo
C. B., branco, masculino, 59 anos	carcinoma papilífero vesical – 29/9/76	adenocarcinoma prostático – 29/9/76	simultâneos	ressecção transuretral	ressecção transuretral + estrogenoterapia	sem recidiva	metástases para vértebras lombares	vivo
A. B. A., branco, masculino, 58 anos	carcinoma papilífero ureteral D – 11/5/76	adenocarcinoma de próstata – 12/7/77	sucessivos	nefroureterectomia D	cistoprostatectomia total + ureteros gastroidostomia	surgiu extenso carcinoma papilífero vesical em 1977	sem recidiva	vivo

BIBLIOGRAFIA

1) ABBES, M., NAMER, M. & PIERROTTI, TH. Les cancers multiples. *Sem. Hôp. Paris,* 54:3387 — 3392, 1968.

2) BELLANTUONO, N. & MORELLI, P. C. Sull'associazione di tumori maligni multipli in organi diversi. *Rassi. Int. Clin. Ter.,* 46:1037 — 1045, 1966.

3) BERG — *apud* DAS, S. & BROSMAN, S. A. Multiple primary adenocarcinomas of urogenital tract. *Urol.,* 8:277 — 279, 1976.

4) BILLROTH, C. A. T. Chirurgische Klinik. Wien., Berlin, p. 258, 1879. apud: Warren, S. & Gates, O. Multiple primary malignant tumors — a survey of the literature and a statistical study. *Am. J. Cancer,* 16:1358 — 1414, 1932.

5) COHEN, J. & D'ANGIO, G. J. Unusual bone tumors after roentgentherapy of children — two case reports. *Am. J. Roentgenol. Radium Ther. Nucl. Med., 86:502, 1961.*

6) DAS, S. & BROSMAN, S.A. Multiple primary adenocarcinomas of urogenital tract. *Urol.,* 8:277 — 279, 1976.

7) DAW, E. Multiple primary malignancies. *Br. J. Clin. Pract.,* 26:531 — 533, 1972.

8) DE LA PEÑA, A.; NAVARRO, M.; POBIL, J. L.; MELICOW, M. M. & USON, A. C. Concomitant unrelated neoplasms of the renal pelvis. *J. Urol.,* 99:21 — 24, 1968.

9) DEMING, C. L. & HARVARD, B. M. Tumors of the kidney. *In:* CHAMPBELL, M. F. & HARRISON, J. H., ed. *Urology,* Philadelphia, Saunders, 1970. p. 903 e 902.

10) FALLON, B. & SCHELLHAMMER, P. F. Transitional cell carcinoma and renal cell adenocarcinoma in single kidney. *Urol.*, 6:774 — 775, 1975.

11) FEREMANS, W. Les cancers multiples à l'Institut Bordet. *Bull. Cancer,* 53:415 — 426, 1966.

12) FREA, B.; TIZZANI, A.; CARONE, R.; BODO, G.; & BORGNO, M. Su un caso di idronefrosi neoplastica gigante associata a carcinoma vesicale. *Minerca Urol.*, 27:60 — 63, 1975.

13) GILLIS, D.J.; FINNERTY, P. & MAXTED, W.C. Simultaneous occurrence of hypernephroma and transitional cell carcinoma with development of transitional cell carcinoma in the opposite kidney: case report. *J. Urol.*, 106:646 — 647, 1971.

14) GRAHAM, J.B. & VYNALEK, W.J. Renal cell and transitional cell carcinomas in the same kidney. *J. Urol.*, 76:137 — 141, 1956.

15) JEWETT, H.J. Tumors of the bladder. IN: CAMPBELL, M.F. & HARRISON, J.H., ed *Urology,* Philadelphia, Saunders, 1970, p. 1003.

16) KAVANEY, P. B. & FIELDING, I. Angiomyolipoma and renal cell carcinoma in same kidney. *Urol.*, 6:643 — 646, 1975.

17) LYNCH, H.T.; LARSEN, A.L.; MAGNUSON, C. W. & KRUSH, A. J. Prostate carcinoma and multiple malignancies. *Cancer,* 19:189 — 1966.

18) MACALPINE, J.B. A case in wich two dissimilar growths, an adenoma (adenocarcinoma) and a papillo-carcinoma, occurred in the same kidney. *Br. J. Surg.*, 35:134 — 136, 1947.

19) MCINTYRE, D. & POINTON, R.C.S: Vesical neoplasm occurring after radiation treatment for carcinoma of the uterine cervix. *J. R. Coll. Surg. Edinb.*, 16:141, 1971.

20) MELICOW, M.M. & USON, A.C. Multiple unrelated primary malignancies of the genitourinary tract. *J. Urol.*, 77:96 — 105, 1957.

21) MERSHEIMER, W.L.; RINGEL, A. & EISENBERG, H. Some characteristics of multiple primary cancers. *Ann. N. Y. Acad. Sci., 114:896 — 921, 1964.*

22) MOERTELL, C.G.; BOCKERTY, M.B. & BAGGENSTOSS, A.H. Multiple primary malignant neoplasms. *Cancer,* 14:221, 1961.

23) MOERTELL, C.G. Incidence and significance of multiple primary malignant neoplasms. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 114:886, 1964.

24) NADALI, I. & SIDOTI, O. Triplice associazione neoplastica dell'apparato urogenitale. *Fracastoro*, 61:177 — 181, 1968.

25) ORLING, I. Association of two contiguous urological tumors with adult Wilms tumor. *J. Urol.*, 109:362 — 365, 1973.

26) PENNISI, S.A.; RUSSI, S. & BUNTS, R.C. Multiple dissimilar tumors in one kidney. *J. Urol.*, 78:205 — 211, 1957.

27) POWERS, J.H.; HAWAN, C.V.Z. & CARTER, R.D. Osteogenic sarcoma and transitional cell carcinoma occurring simultaneously in the urinary bladder: report of a case. *J. Urol.*, 76:263 — 269, 1956.

28) RICHARDSON, E.J. & WOODBURN, R.L. Dissimilar primary tumors in the right upper urinary tract: case report. *J. Urol.*, 90:253 — 255, 1963.

29) SCOTT, W.W. & MCDONALD, D.F. Tumors of the ureter. *In: Campbell, M.F. & HARRISON, J.H., ed Urology,* Philadelphia, Saunders, 1970, p. 981.

30) SPRATT, J.S. & HOAG, M.G. Incidence of multiple primary cancers per man-year of follow-up. *Ann. Surg.*, 164:775 — 784, 1966.

31) STEG, A.; BOCCON-GIBOD, L. & GALIAN, PH. Les tumeurs malignes primitives multiples de l'appareil uro-génital. *Ann. Urol.* (Paris), 4:159 — 166, 1970.

32) VARKARAKIS, M.J.; WEISSMAN, W.; MOORE, R.H. & MURPHY, G.P. Association of urinary bladder and genital tumors. *Urol.*, 1:177 — 120, 1973.

33) VILLEGAS, A.C. Bilateral primary malignant renal tumors of dissimilar histogenesis: report of two cases and review of the literature: *J. Urol.*, 98:450 — 455, 1967.

34) VOROBIOFF, D.S.; MANCINI, M. & CHICHONI, E. Neoplasias malignas múltiples en una misma enferma. *Pren. Méd. Argent.*, 53:1774 — 1776, 1996.

35) WARREN, S. & GATES, O. Multiple primary malignant tumors — a survey of the literature and a statiscal study. *Am. J. Cancer*, 16:1358 — 1414, 1932.

36) WEMEAU, L.; MAZEMAN, E.; DEMAILLE, A. & DELHAY, J. Association d'un hypernéphrome, d'un épithéliome vésical et d'un cancer probable de la prostate. *Acta Chir. Belg.* (Suppl. 3),:54 — 60, 1965.

37) WILENIUS, R. & MATTILA, K. Simultaneous occurrence of renal adenocarcinoma and primary transitional cell carcinoma of the ureter. *Ann. Chr. Gynaec. Fenn.*, 59:108 — 109, 1967.

considerações sobre transuretero-ureterostomia

NELSON CAPRINI — PARABUÇU MACHADO — PAULO MENOTTI DEL PICCHIA NETO.
Da Casa de Saúde Campinas (SP).

HISTÓRICO

A transuretero-ureterostomia não é um procedimento cirúrgico novo.

Foi descrita, pela primeira vez, por Sharpe, em 1906, e novamente descrita, em 1911, por J. J. Gilbride, mas foi somente em 1934 que Higgins descreveu o primeiro caso clínico com sucesso. Em 1960, Anderson e cols. apresentaram 7 casos; em 1962, Lutzeyer descreveu os primeiros cinco casos de cirurgia experimental, em cães, sendo que, no mesmo ano, Patricio e cols. fizeram estudos em ureteres dilatados e normais, com inteiro sucesso.

Hodge e cols., em 1975, apresentaram 32 casos de transuretero-ureterostomia, com suas complicações e conclusões. Outros trabalhos são conhecidos, apenas com finalidade de notificação e estatística.

FISIOLOGIA

A importância que queremos dar a esta notificação, sem tirar o mérito do processo, é chamar a atenção para o pós-operatório imediato, uma vez que o procedimento não tem se provado inteiramente fisiológico, fato já relatado por Saul Boyarsky.

A anastomose, em si, é suficiente para que a urina possa drenar livremente, mas, como acontece, também, em alguns casos de duplicidade pielureteral, com configuração em Y, ela possibilita refluxos e discinesias.

Podemos encontrar ondas peristálticas ureterais, em iô-iô, ou retrógradas, que podem ser detectadas pela cinerradiografia, mecanismo verificado no nosso último caso, conforme relato, ou por estudos de pressão intra-ureteral.

INDICAÇÕES

A indicação especial é nas lesões ureterais irreparáveis, com ausência de um coto ureteral aproveitável. Como exemplos, temos:

1) Tumor ureteral intrínseco. 2) Ca. extrínseco do reto, ovário, etc., com comprometimento ureteral. 3) Ressecção segmentar da bexiga, com ureterectomia. 4) Estreitamento ureteral pós-irradiação. 5) Traumatismos cirúrgicos do ureter. 6) Ferimento ureteral por arma de fogo. 7) Fístula uretero-vaginal baixa. 8) Fístula uretero-cutânea baixa. 9) Fístula uretero-entérica baixa. 10) Refluxo ipsilateral.

CONSIDERAÇÕES TÉCNICAS

Usamos a técnica utilizada, universalmente, exceto no primeiro caso, onde aplicamos uma variação original, uma vez que não encontramos citação semelhante, na literatura compulsada. A fim de evitar uma maior tração, na linha de sutura, deixamos parte dos ureteres e a anastomose intraperitonealmente, sem termos, com isso, nenhum problema.

Hodge nos seus casos, em 1975, temia o comportamento da transuretero-ureterostomia durante a gestação, acreditando que o útero viesse comprimir e obstruir o ureter, cruzado acima da linha média, acima dos grandes vasos e sobre a coluna vertebral.

Podemos acrescentar que, neste caso, apesar da modificação da técnica, a paciente está sendo seguida, há cinco anos, e teve duas gestações sem nenhuma sintomatologia ou alteração da função renal.

Não deixamos cateter ureteral como rotina. Cateterizamos o ureter, no pós-operatório imediato nos dois últimos casos, por complicações, conforme relatos.

CASUÍSTICA

Caso 1 — G. F. 22a, branca, brasileira, solteira. Operada em 1972. Apresentou fístula, após retirada de cálculo com DORMIA, seguida de ureterolitotomia ilíaca D. Tentada ureteroplastia, com evolução para nova fístula e estreitamento.

Proposta e realizada transuretero-ureterostomia, com anastomose intra-abdominal, a fim de evitar tensão na linha de sutura; inovação original.

A paciente vem sendo acompanhada há cinco anos, tendo casado e engravidado duas vezes, sem problemas.

Caso 2 — T. F. 43a, branca, brasileira, casada. Operada em 1974. Fístula e estreitamento ureteral após ureterolitotomia ilíaca D. A tentativa de ureteroplastia redundou em nova fístula.

Realizada a transuretero-ureterostomia com anastomose clássica, retroperitoneal. A paciente evoluiu para íleo paralítico, que não cedeu com tratamento clínico e cateterismo ureteral. Após quadro tóxico, com diminuição da diurese e caminhando para uma insuficência renal progressiva, optamos pela nefroureterectomia D, até a anastomose e reconstrução do ureter E. Evoluiu bem para alta hospitalar.

Hodge apresentou três casos de íleo paralítico pós-operatório, tendo também realizado a nefrectomia, como medida heróica, em um dos casos.

Caso 3 — A. P. C., branco, masculino, casado. Com estreitamento do ureter terminal e uronefrose, após um ano da retirada de um cálculo, no ureter terminal, por ressecção endoscópica. Realizada ureteroneocistostomia à Gregoir, tendo esta fistulizado, quinze dias após alta hospitalar. Esperados 30 dias sem resolução, foi realizada nova plástica ureteral pela técnica de Boari-Ockerblad, onde se utiliza um retalho vesical em substituição ao ureter terminal destruído. Esta cirurgia evoluiu para fístula ilíaca itinerante, abrindo e fechando por pequenos intervalos, por três meses, uronefrose progressiva com formação de molde calculoso, no cálice inferior do rim E e mais refluxo vésico-ureteral do Lado D.

O lado D já havia sido operado de pielolitotomia, com boa evolução.

Realizamos a transuretero-ureterostomia mais a técnica anti-refluxo de Gregoir à D, e pielocalicolitotomia E, em Dez. 77.

O paciente apresentou quadro de discinesia e no pós-operatório, com episódios de micções normais pequenas e grande vasamento pela pielonefrolitotomia. Esteve sondado por cinco dias; retirada a sonda, continuou com a complicação até o 12º dia, quando tudo se normalizou.

Na urografia, imediata, de controle, demonstrou boa função renal, com a uronefrose já em regressão.

Hodge, nos seus casos, apresentou duas indicações de transuretero-ureterostomia, após falência de ureteroplastia pela técnica de Boari-Ockerblad.

CONCLUSÕES

A avaliação geral e atualizada da transuretero-ureterostomia leva-nos a concluir:

1) Pode ser realizada com sucesso, com experiência e técnica cirúrgica cuidadosa.

2) Não há obrigatoriedade de peritonização da anastomose, bastando apenas, a sua fixação, no peritônio posterior, a fim de evitar obstruções intestinais, por intromissão de alça.

3) Não é um procedimento completamente fisiológico, apesar do entusiasmo dos primeiros relatos da literatura.

4) Pode ser uma boa ou má técnica, dependendo das condições em que for realizada.

5) O procedimento não predispõe a complicações, como inicialmente se temia, com a gestação.

6) A transuretero-ureterostomia nos parece, sempre, o procedimento de primeira opção, nas lesões ureterais irreparáveis, com ausência de coto ureteral aproveitável.

RESUMO

Os autores apresentam sua experiência com transuretero-ureterostomia e considerações sobre a literatura.

A indicação ideal, do procedimento cirúrgico, é para os casos onde há uma destruição de um grande segmento do terço inferior do ureter, com sistema urinário normal e recuperável, apresentando o outro lado inteiramente normal; onde o segmento ureteral perdido é tão longo, que não permite substituição por retalho vesical; ou depois de insucessos cirúrgicos da substituição por retalho vesical (tipo Boari-Overblad), ureteroneocistostomias (dos vários tipos), e uretero-ureterostomias.

Urodinamicamente, o processo tem se mostrado susceptível de discinesias, ondas peristálticas em iô-iô, ou retrógradas, que podem ser detectadas pela cinerradiografia ou por estudos de pressão infra-ureteral.

Foi apresentada uma inovação técnica original, no primeiro caso, onde a anastomose da transuretero-ureterostomia foi fixada e deixada na cavidade peritoneal, tendo a paciente engravidado duas vezes e já com seguimento por cinco anos, sem problemas.

SUMMARY

The authors present their experience with transureteroureterostomy.

The ideal indication for the procedure is the "pure" destruction of a large segment of the lower ureter, in a urinary system otherwise completely normal, and in which the segment of ureter is too large to be replaced by a bladder flap; or after failures, including bladder pedicle ureteroplasty (Boari-Overblad type), ureteronecistostomy (of various types), and uretero-ureterostomy.

Urodinamically, the procedure is susceptible to dyskinesia, to-and-fro peristalsis, retrograde walves as has been displayed by cinefluorographic and pressure studies.

The authors present an original inovation of technique in one of the cases, leaving the anastomoses of the transureteroureterostomy fixed in peritoneal cavity, the patient going through two pregnancies, without problems, after five years of follow-up.

Esquemas de refluxos e discinesias, em duplicidades pielureterais, com configuração em Y, e as respectivas cirurgias corretoras ou segmentares extirpadoras.

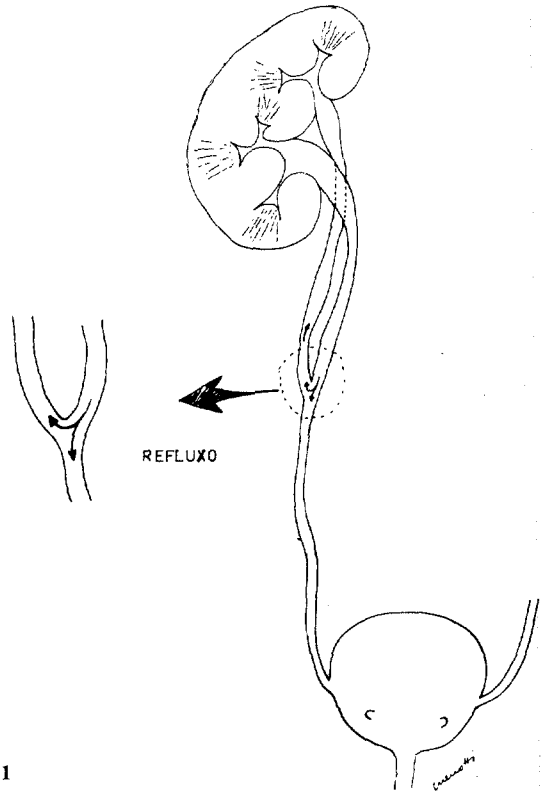


Fig. 1

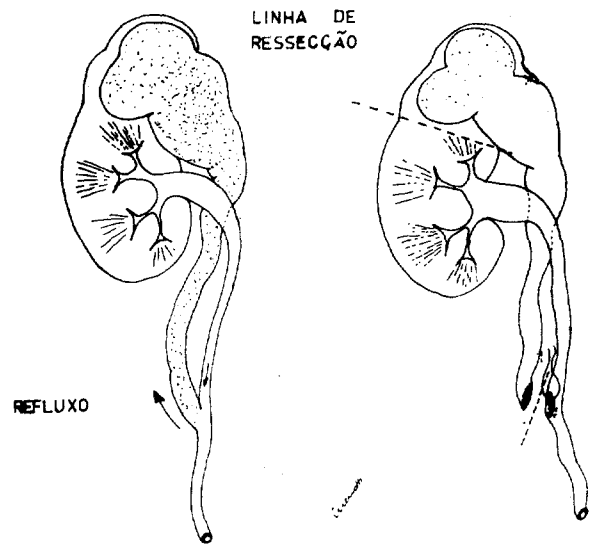


Fig. 3

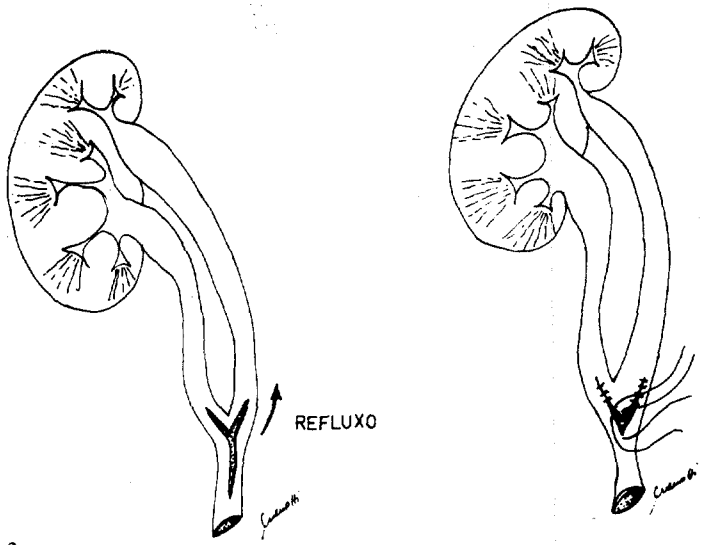


Fig. 2

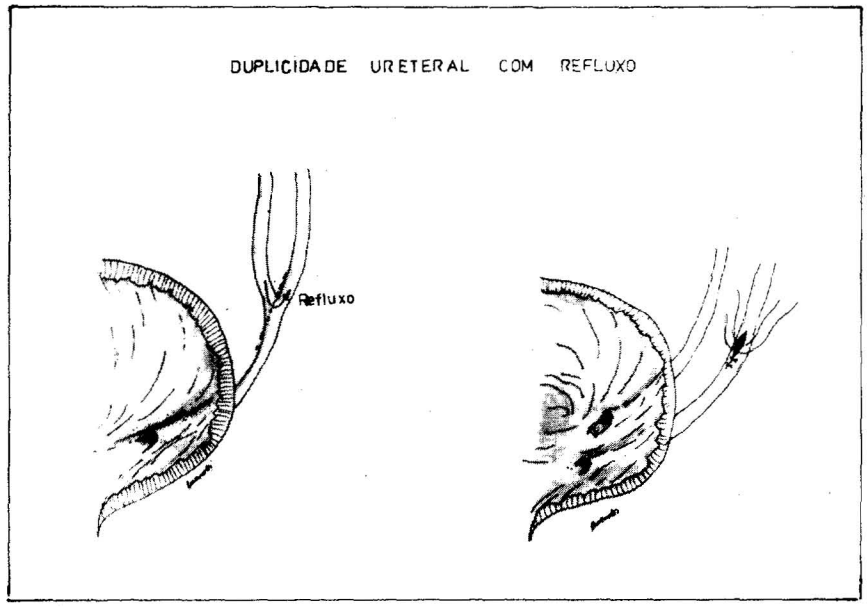


Fig. 4

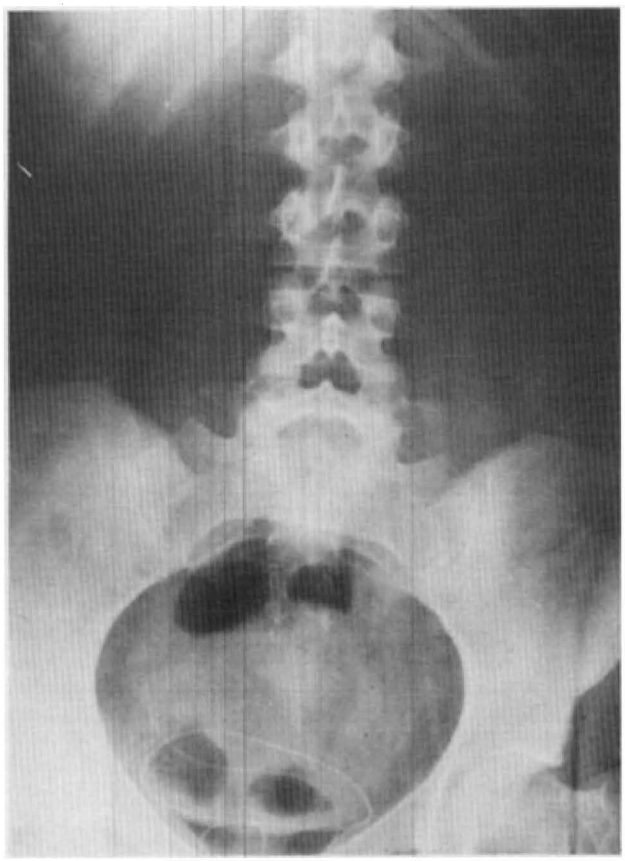


Fig. 5 — Caso 1 — Tentativa de sondagem ureteral D.

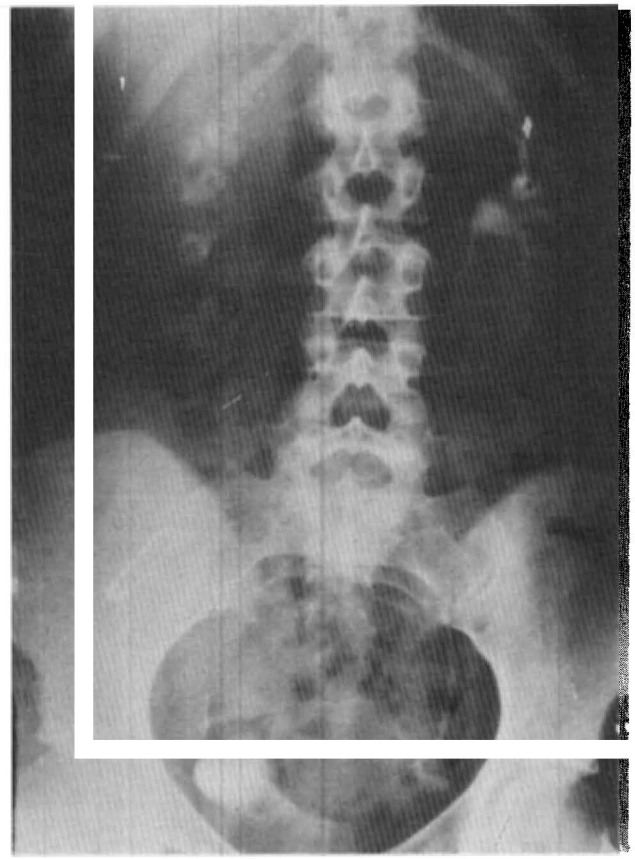


Fig. 6 — Caso 1 — Retardo de eliminação pelo rim D.

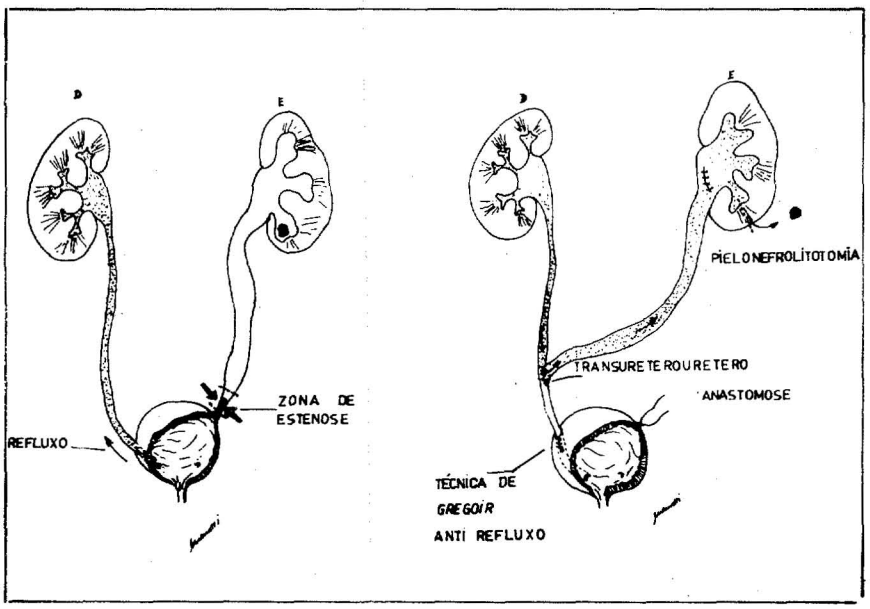


Fig. 7 — Caso 3 — Esquema da patologia e das cirurgias realizadas.

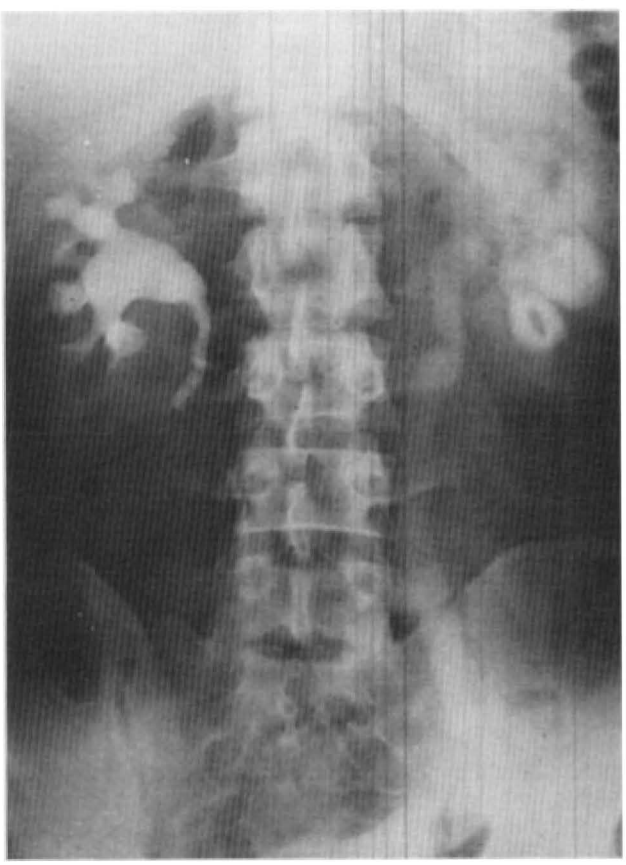


Fig. 8 — Caso 3 — Uronefrose, estreitamento ureteral e molde calculoso calicial E.

Fig. 9 — Caso 3 — Cistografia miccional. Refluxo vésico-ureteral direito.

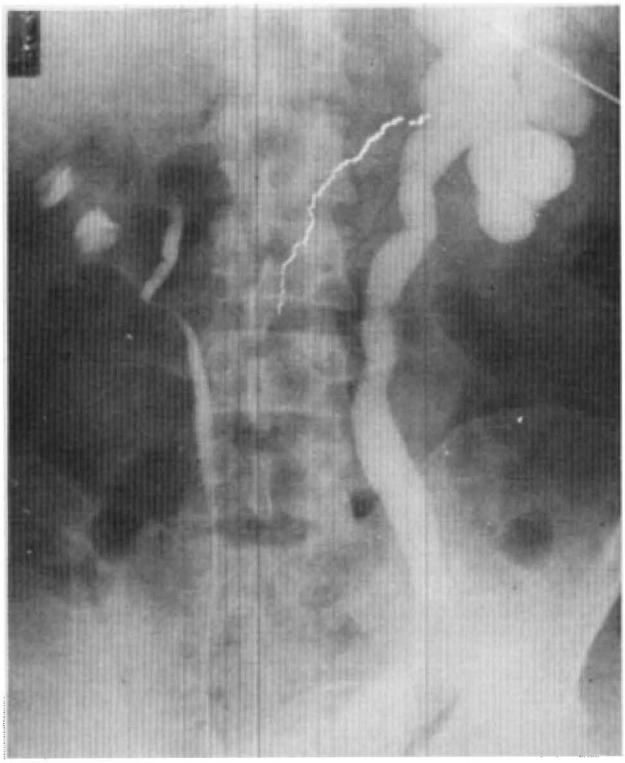


Fig. 10 — Caso 3 — Pielografia D e pielotransrenal E.

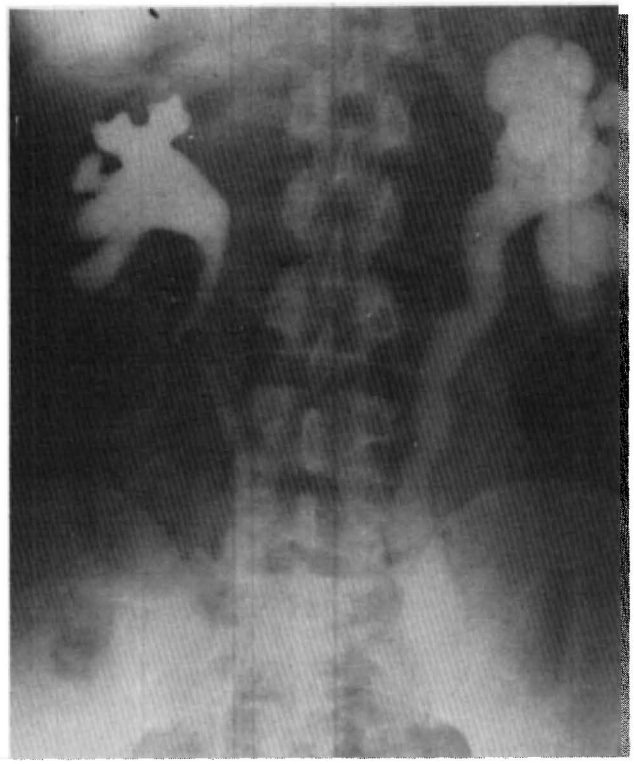


Fig. 11 — Caso 3 — Esvaziamento das pielografias.

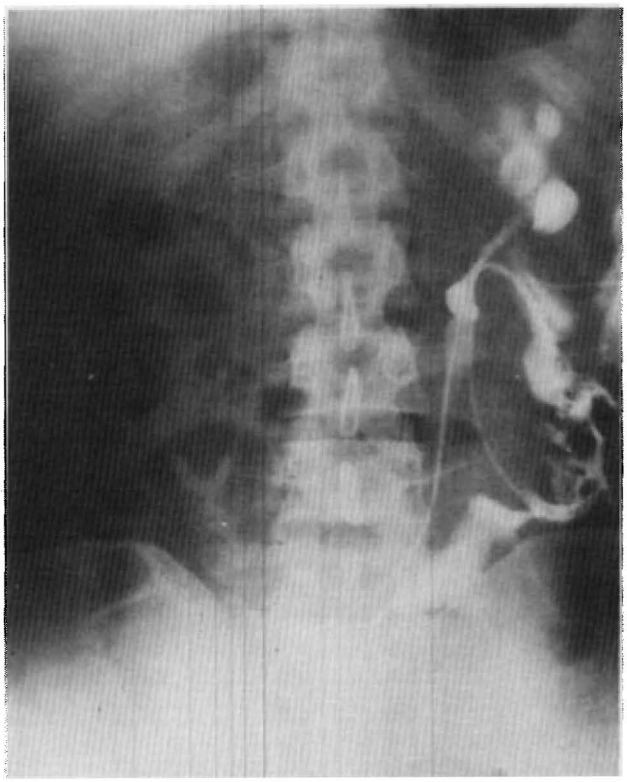


Fig. 12 — Caso 3 — Sondagem e pielografia após transuretero e pielocalicolito, com discinesia e fístula.

Fig. 13 — Caso 3 — Seqüência da urografia excretora realizada logo após o fechamento da fístula e resolução da discinesia, no pós-operatório imediato, mostrando já uma apreciável regressão da uronefrose E.

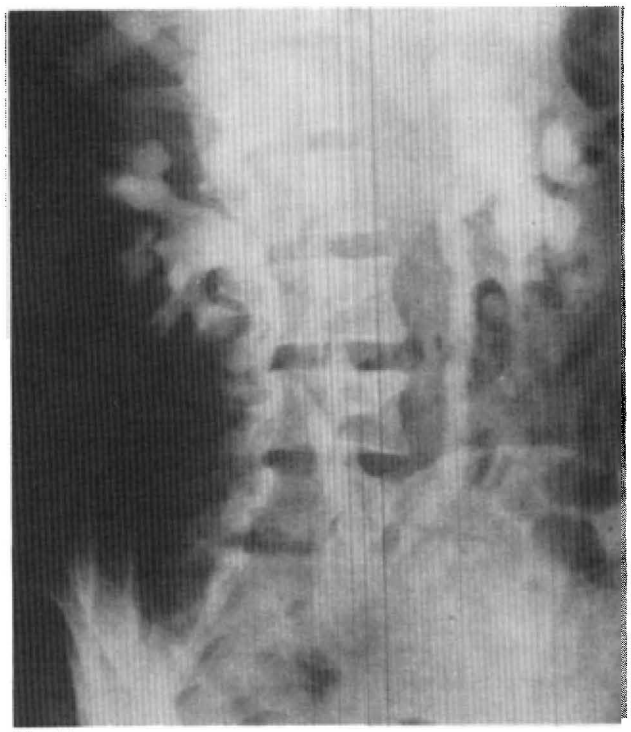


Fig. 14

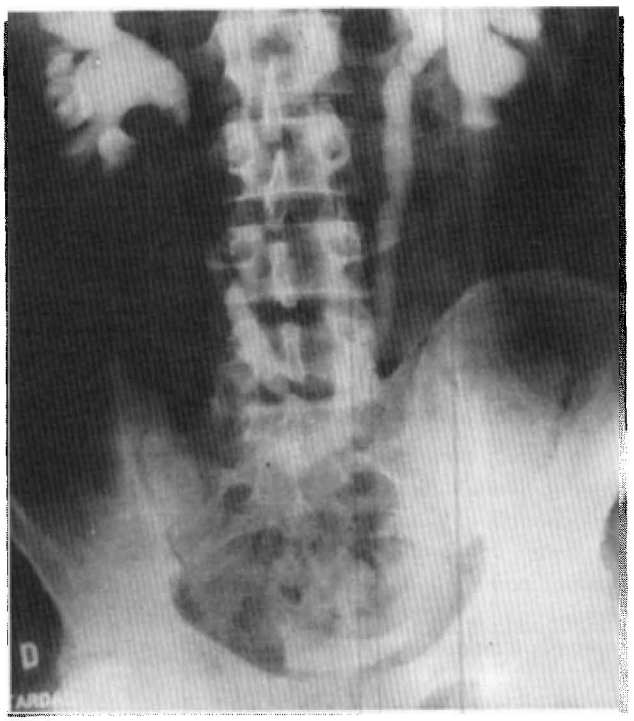


Fig. 15

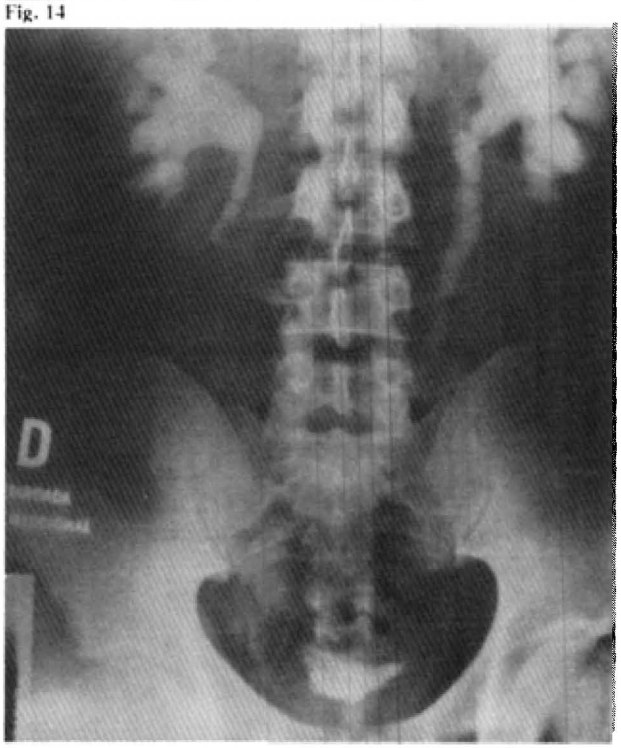


Fig. 16

N. da R. — Acompanha o artigo uma bibliografia, constando de 12 citações, não publicada por não se enquadrar nas normas do JBU. Os eventuais interessados deverão dirigir-se aos Autores.

câncer de próstata e câncer de mama

LUIZ CARLOS DE A. ROCHA — JOÃO ATILA ROCHA
Da Santa Casa da Misericórdia de Curitiba (PR).

Paciente CG, de 84 anos de idade, lavrador, natural da Espanha, e residente em Porecatu, Paraná. Internado no Hospital de Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, sob número 3251-75, em 6 de janeiro de 1976.

Havia tido um primeiro internamento em janeiro de 1975, com queixas de prostatismo, referindo há alguns dias retenção urinária completa, que o obrigara a procurar recurso médico para cateterismo evacuador. Nestas condições, o paciente procurou nosso serviço, apresentando-se com estados geral e nutritivo bastante comprometidos, com emagrecimento e palidez acentuados. O dado mais relevante do exame físico consistia em aumento de volume da próstata, com características de malignidade.

Os exames de laboratório demonstravam uma anemia importante e presença de infecção urinária. As dosagens das fosfatases ácida e alcalina mostravam-se normais. Uma biópsia trans-retal da próstada, realizada na ocasião, confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma prostático.

Foi então tratado com difosfato de estilbestrol (Honvan), num total de 9 gramas (1,5g/dia), chegando, após a retirada do cateter uretral, a urinar espontaneamente, o que demonstra a melhora acentuada que obteve com o uso do estrogênio.

Recebeu alta em 3 de fevereiro de 1975, com retorno previsto para 90 dias, devendo fazer uso continuado de valerianato de estradiol (Primogyna Depot), por todo este tempo, em injeções intramusculares espaçadas de 7 dias.

Retornou quatro meses após a data prevista, novamente em retenção urinária completa, exigindo nova internação em 16 de agosto de 1975. Recebeu nesta ocasião o mesmo tratamento hormonal anteriormente citado, num total de 9 gramas em 7 dias, obtendo alta melhorado, sem necessidade de sonda uretral. Já neste internamento se notava uma discreta ginecomastia; a tumoração prostática se havia reduzido de tamanho.

Sua nova revisão foi feita 120 dias após, ocasião em que se internou em condições idênticas às anteriores, agora apresentando urinas purulentas e fétidas; próstata aumentada de volume, grau II, com as mesmas características de malignidade.

Foi novamente instituído o tratamento hormonal com o difosfato de estilbestrol (Honvan).

Notou-se nesta ocasião uma ginecomastia bastante acentuada, bilateral, com maior proeminência à direita, onde à palpação se percebia nódulo arredondado, aparentemente bem delimitado, duro, não fixo aos planos profundos, indolor à palpação, medindo aproximadamente 4cm em seu maior diâmetro.

Radiografia simples de abdome revelou presença de concreção radiopaca em topografia de bexiga, compatível com cálculo vesical. Estudos radiológicos dos ossos da bacia e campos pleuro-pulmonares, não revelaram metástases ósseas e pulmonares.

O paciente foi submetido à operação, tendo sido realizadas cistolitotomia, mastectomia radical à direita e repetida a biópsia trans-retal da próstata em 20 de janeiro de 1976.

O exame anatomopatológico do material retirado revelou: *adenocarcinoma prostático* e *carcinoma de ducto mamário.*

O interesse deste caso vem da eventualidade pouco comum de concomitância de cânceres prostático e mamário. Este assunto não despertou a atenção senão por volta de 1932, quando Lacassagne produziu pela primeira vez o câncer de mama em ratos machos, pela administração de estrógenos[2, 4]. Aí se iniciou vigilância cerrada nos padrões hormoniais dos portadores de câncer de mama, que estiveram sob tratamento estrogênico.

Em 1946, Darget publicava o primeiro caso de carcinoma mamário, em conseqüência de hormonioterapia estrogênica empregada no tratamento do câncer da próstata[1, 2].

Inúmeras publicações foram apresentadas posteriormente, aparecendo inúmeros conceitos diferentes e permanecendo as mesmas dúvidas, quanto à natureza do câncer mamário. Para alguns autores [1, 4, 5], o câncer de mama seria induzido pelo tratamento estrogênico; para outros [2, 3, 6, 7], provinha de depósitos secundários do adenocarcinoma prostático; outros, por fim, defendem a tese de que o câncer mamário seria primário da mama, e o câncer prostático um segundo tumor, de aparecimento concomitante.

As dúvidas persistem ainda atualmente, e o estabelecimento acurado do sítio do tumor primário se torna difícil, pela infreqüência com que é registrado, quer seja ele induzido, metastático ou primário. A tudo isso, acresce o fato de que estes tumores adquirem grande semelhança histológica quando sub-

metidos a efeitos estrogênicos, quer o carcinoma mamário, quer o carcinoma prostático.

Lilienfeld,[2, 5] em 1965, em um trabalho de revisão, concluia que o câncer mamário tinha a sua incidência bastante maior em pacientes que, de uma forma ou de outra, tinham alterada a sua fonte produtora de estrógenos, sendo encontrado mais freqüentemente em portadores de orquites, doenças mamárias benignas prévias, ou em pacientes orquiectomizados ou submetidos a tratamentos radioterápicos ou estrogênicos prévios.

Este mesmo autor afirmava também que o câncer da mama era, na grande maioria das vezes, conseqüente à hormonioterapia estrogênica prolongada, e principalmente conseqüente à administração de altas doses de estrógenos, defendendo com isso que o câncer de mama é realmente induzido pela estrogenioterapia.

Estas afirmações no entanto diferem substancialmente das de Holleb, Freeman e Farrow,[3] que, em 1968, numa revisão de 198 casos de câncer de mama em indivíduos do sexo masculino, verificaram que nenhum dos pacientes fazia uso de estrógenos.

Em outra publicação, esses mesmos autores, [3] revendo mais de 17.000 casos de câncer mamário, o encontraram em somente duas vezes em concomitância com o câncer mamário, afirmando não haver relação alguma entre o câncer da mama e a estrogenioterapia empregada no tratamento do câncer da próstata.

William e Diane Salyer, em 1973, enumeram na sua apresentação o resumo da maior casuística a respeito do assunto: encontraram, em 221 necrópsias de portadores de câncer da próstata, 11 casos de câncer de mama, alguns dos quais bilaterais.

Na sua análise detalhada desses casos, os autores concluem que em todos eles a doença básica (câncer da próstata) já se tinha disseminado por todo o organismo sob a forma de metástases, demonstráveis ao nível de pulmões e ossos.

Estes mesmos autores afirmam ainda que fatores, como a hipervascularização da ginecomastia e a lassidão do seu tecido celular subcutâneo, fenômenos produzidos pela ação estrogênica sobre a glândula mamária masculina, seriam fatores auxiliares na implantação das metástases ao nível da mama.

Um outro fator, que eles também apontam, seria o fato de que outros autores encontraram em tecido mamário outros tipos histológicos de câncer metastático, também em pacientes que não faziam o uso de estrógenos, querendo com isso salientar que, principalmente as metástases mamárias do câncer prostático, bem como de outros tipos de câncer, não são tão infreqüentes, devendo a questão da indução estrogênica ser reavaliada.

Finalizando, acham eles que qualquer lesão de glândula mamária em paciente portador de câncer de próstata e sob tratamento hormonal, deve ser admitida com metastática.

Outros autores , na tentativa de diferenciação da origem destes tumores, preconizam testes histoquímicos bastante complexos, para evidenciar ou não a presença de substâncias químicas, que são normalmente encontradas nas metástases do câncer prostático.

Entre estes testes, os mais empregados são aqueles que se baseiam na coloração e na determinação da fosfatase ácida dos fragmentos teciduais obtidos por biópsia ou dos espécimes cirúrgicos, o que, na comparação do teor deste substância, dará o diagnóstico.

São testes cercados de certo grau de subjetividade, uma vez que a fosfatase ácida está presente nos fragmentos teciduais de ambas as origens, se bem que em concentração diferentes.

Analisando as diversas opiniões dos autores, cremos que nosso caso se qualifica como de metástase mamária de carcinoma prostático, pelas características que apresenta.

RESUMO

É relatado um caso de adenocarcinoma prostático diagnosticado através de biópsia trans-retal; submetido a tratamento hormonal por 14 meses, houve desenvolvimento de ginecomastia bilateral, com aumento mamário mais acentuado à direita. Ao exame clínico, percebia-se nódulo arredondado, aparentemente bem delimitado, duro, não fixo aos planos profundos. A mastectomia radical foi realizada à direita, e o resultado anatomopatológico foi de carcinoma de ducto mamário.

Os autores, além da revisão bibliográfica sobre a eventualidade registrada, tecem comentários a respeito da etiologia da neoplasia mamária nas circunstâncias em que foi vista — se primária, se induzida pela hormonioterapia, ou se metastática do tumor primário, e analisam a ocorrência dos dois processos neoplásticos concomitantemente.

Os aspectos histológicos do material prostático e mamário são analisados.

SUMMARY

A case of prostatic adenocarcinoma, followed by a carcinoma of the breast, after oestrogen therapy, is reported.

BIBLIOGRAFIA

1) DARGET, R. Epithéliome bilatéral de la glande mammaire à la suite de l'emploi prolongé d'un oestrogène de synthèse dans le traitement d'un cancer prostatique. Association Française d'Urologie, procès-verbal (quoted by CAMPBELL, J.H. & CUMMINS, S.D., loc. cit.). 1976.

2) HARTLEY, L.C. Bilateral Mamary mestastases from carcinoma of the prostate during oestrogen therapy. *Med. J. Aust.*, 1:434, 1971.

3) HOLLEB, A.I., FREEMAN, H.P. & FARROW, J.H. Cancer of the male breast. *New York J. Med*, 68:544, 1968.

4) LACASSAGNE, A. Apparition de cancers de la mamelle chez la souris male, soumise à des injections de folliculine. *C. R. Acad.* (Paris), 195:630, 1932.

5) LILIENFELD, A.M. The epidemiology of breast cancer. *Cancer Res.*, 23:1503, 1953.

6) SALYER, W.R. & SALYER, D.C. Metastases of prostatic carcinoma to the breast. *J. Urol.*, 109:671, 1973.

7) SCOTT, J., ROBB-SMITH, A.H.T. & BURNS, I. Bilateral breast metastases from carcinoma of the prostate, *Brit. J. Urol.*, 46:209, 1974.

esquistossomíase mansônica de localização vesical e prostática: simultaneidade com carcinoma de bexiga

MOACYR FUCS — FILIPPO CAMPIONE — ADAUTO RIBEIRO FILHO — CARLOS MARIGO.
Da Faculdade de Ciências Médicas — Santa Casa de São Paulo (SP).

A esquistossomíase é doença endêmica no nordeste do Brasil. Caracteriza-se por ser provocada pelo *Schistosoma Mansoni*, sendo as manifestações clínicas ligadas principalmente ao aparelho digestivo.

Os vermes e seus ovos localizam-se principalmente nas veias mesentéricas, que constituem território de drenagem da veia porta.

O *S. mansoni* e o *S. japonicum* localizam-se predominantemente nas veias do intestino grosso, ao passo que o *S. haematobium* localiza-se nos plexos venosos periprostáticos e perivesicais[2].

Contudo, granulomas esquistossomáticos atribuídos ao *s. mansoni* têm sido encontrados em praticamente todos os órgãos do corpo. Assim, são descritos casos de localização no coração, cérebro, útero, ovário, fígado, baço, pulmão e pele[1]. Raramente, alguns casos de localização vesical têm sido descritos.

A nossa finalidade é descrever 2 casos de localização anômala do granuloma esquistossomático. No 1° caso, o granuloma era vesical e havia, simultaneamente, um carcinoma de células de transição da bexiga, ao passo que no outro caso o granuloma era prostático.

CASO 1 — L. H. 58 a., brasileiro, casado, lavrador, procedente de Recife.

Em 5/3/76, começou a apresentar hematúria assintomática, que gradualmente foi se agravando. Há 2 meses, começou a apresentar urgência miccional, polaciúria e disúria. Em 18/10/76, apresentou retenção urinária, tendo procurado o Serviço do P. S. da Santa Casa de S. Paulo.

O exame físico mostrou paciente descorado, febril, com P.A — 100x60 e pulso 98 batimentos por minuto. À palpação abdominal, apresentava fígado palpável a 5cm do rebordo costal e baço palpável no rebordo. Apresentava também globo vesical doloroso e distendido, palpável na altura da cicatriz umbilical. O toque retal evidenciou próstata de forma, volume e consistência normais. Passada sonda vesical, houve saída de 800ml de urina francamente hematúrica, com coágulos. O paciente permaneceu sondado, em repouso e com irrigação vesical contínua, durante 3 dias, notando-se então o desaparecimento da hematúria. Foram realizados hemograma, uremia, creatinina, glicemia em jejum, fosfatase ácida e urocultura, bem como urografia excretora, uretrocistografia retrógrada e uretrocistoscopia. A urografia mostrou grande falha do enchimento vesical, confirmada pela uretrocistografia. A cistoscopia mostrou tumor vesical localizado na parede posterior, infiltrativo e invadindo ambas as paredes laterais. A biópsia do tumor revelou tratar-se de carcinoma de células de transição com ovos e vermes com as características de *S. mansoni*. O tratamento consistiu em cistectomia total e uretero-íleostomia cutânea. O exame anatomopatológico da peça mostrou aspectos semelhantes aos da biópsia.

Posteriormente, foi tratado com *Mansil* e instituída a radioterapia com acelerador linear. Presentemente, apresentou-se, no 12° mês de pós-operatório, em boas condições.

CASO 2 — J.C.B., 72a., branco, brasileiro, casado, procedente de Petrolina (PE).

Desde 1973, dificuldade progressiva para urinar, que se acentuou há 2 meses. Apresentava nictúria (4 vezes) e polaciúria. Ao exame físico, tratava-se de indivíduo normotenso, afebril, corado e hidratado. À palpação abdominal, apresentava fígado e baço não palpáveis. O toque retal mostrou próstata aumentada do volume, 2 vezes o tamanho normal, com consistência fibro-elástica. Apresentava urina residual de 80ml. Exames radiológicos evidenciaram bexiga trabeculada, com diversos pequenos divertículos. Exames laboratoriais comprovaram infecção urinária por *E. Coli* (acima de 1000000 col/ml). Praticada a biópsia transperineal da próstata, o diagnóstico foi de hiperplasia benigna. O tratamento cirúrgico foi a ressecção endoscópica da próstata, com retirada de 32g. O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico da biópsia, porém em diversos cortes foram evidenciados ovos de *S. mansoni*, cercados por intenso infiltrado linfoplasmocitário. Complementando o tratamento, o paciente foi submetido a tratamento com *Mansil*.

RESUMO

São mostrados 2 casos de localização gênitu-urinária de granuloma esquistossomático. O 1° caso apresentava concomitantemente um carcinoma de

células de transição da bexiga. Pela revisão da literatura, não existe caso semelhante, de existência simultânea de *S. mansoni* e carcinoma de bexiga. Por outro lado, em países onde o *S. hematobium* é freqüente, a incidência de carcinoma de bexiga é muito alta nos portadores da esquistossomíase vesical. O 2º caso era de um paciente portador de hiperplasia prostática, com sintomatologia secundária ao crescimento prostático, em que o achado da esquistossomíase foi totalmente fortuito.

SUMMARY

Two cases of genitourinary localization of Schistosoma mansoni are reported. The first one presented concomitantly a transitional cell carcinoma of the bladder. The other patient had a prostate hypertrophy and schistosomiasis has been casually diagnosed, after prostatectomy.

BIBLIOGRAFIA

1) ALVES, W. The distribution of Schistosoma eggs in Human Tissues. *Bull. Who,* 18:1092-1097, 1958.

2) FAIRLEY, N. H. *J. Pathol. Bact.,* 23:289 — 314, 1920.

3) RADSTAKE, H. M. J., COLLANTEUR, J. C. & HERDERSCER, D. Bladder involvement in Schistosomi asis mansoni. *Trop. Geogr. Med., 25,* 84-87, 1973.

4) SAYÃO, R, H.; CURY, J.; SAYÃO, M. H. & CARNEIRO NETO, J. Esquistossomose mansônica vesical. Apresentado no XV Congresso Brasileiro de Urologia.

suspensão endoscópica do colo vesical na correção cirúrgica da incontinência urinária de esforço

NELSON RODRIGUES NETTO JUNIOR — PAULO QUEIRÓZ SANTOS — ROSANY PIMENTA DA SILVA — PAULO EDUARDO RANGEL.
Do Hospital da Beneficência Portuguesa de São Paulo (SP).

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária de esforço constitui a causa mais freqüente de perda involuntária de urina na mulher. Com o trabalho de Kelly e Dumm em 1914, vêm se acumulando teorias que procuram explicar e solucionar essa afecção. Somente a partir da década de 1930, graças aos estudos radiológicos da uretra e da bexiga, sobretudo os de Stevens-Smith e de Barnes, foi possível estudar-se objetivamente as alterações uretrovesicais decorrentes do aumento da pressão abdominal sobre a continência urinária na mulher. Nas décadas subseqüentes, outros pesquisadores passaram a descrever alterações anatômicas na junção uretrovesical, que consideraram altamente sugestivas de incontinência urinária de esforço: ângulo uretrovesical posterior maior que 100°; ângulo de inclinação uretral maior que 30°; abaixamento da junção uretrovesical maior que 4 cm, em relação ao bordo inferior da sínfise pubiana. Embora esses parâmetros sejam contestados em estudos recentes, ainda são aceitos pela maioria como indicativos de incontinência urinária de esforço, examinados ao RX.

Baseando-se nesses últimos trabalhos, surgiu a tendência atual de que qualquer tratamento cirúrgico, que se proponha corrigir a incontinência urinária de esforço, deve necessariamente elevar e anteriorizar a junção uretrovesical, fazendo com que se restabeleça a anatomia e fisiologia normais daquela região.

Tendo em vista esse princípio, Stamey e col.[2, 3] descreveram uma técnica, modificada daquela anteriormente descrita por Pereyra[1], que, além de ser de execução mais simples e menos traumatizante que as demais conhecidas, tem nos proporcionado uma experiência satisfatória na solução deste tipo de incontinência urinária.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Estudamos e operamos, no período de março 76 até março 77, 19 mulheres com incontinência urinária de esforço. A idade das doentes variou de 41 a 65 anos e todas apresentaram: anamnese, exame ginecológico com teste de Bonney positivo e uretrocistograma, segundo o método recomendado por Hodgkinson, compatíveis com incontinência urinária de esforço. Além disso, 9 doentes já haviam sido submetidas a tratamento cirúrgico, operação de Kelly-Kennedy ou Marshall-Marchetti, para cura de incontinência urinária, que resultaram em fracasso. Nos casos em que houve infecção urinária associada, o tratamento antimicrobiano, antes do tratamento cirúrgico, permitiu esterilização da urina, sem no entanto modificar a sintomatologia básica da incontinência. Na uretrocistografia, procuramos avaliar cuidadosamente os ângulos uretrovesicais posterior e de inclinação da uretra, segundo o método recomendado por Hodgkinson e Green. Não houve nenhum caso com resíduo urinário. Cistoscopia e aferição do comprimento da ureta, segundo método preconizado por Stamey [2], foram realizadas, no início e no término da cirurgia.

RESULTADOS

No ato cirúrgico, em 3 casos, houve perfuração da bexiga, por ocasião da passagem das agulhas, o que não constitui problema devido ao diagnóstico imediato pela endoscopia. No pós-operatório, tivemos 4 casos de supuração do subcutâneo no local das incisões suprapúbicas, que cederam sem seqüelas. Todas as doentes tiveram alta hospitalar antes do 11° P.O., sem sonda vesical, continentes e medicadas com quimioterápicos por mais 4 semanas. O tempo de seguimento variou de 3 a 12 meses, o que evidentemente ainda é pequeno para se avaliar a cura definitiva. Dentro desse período, classificamos os resultados clínicos em 3 grupos:

1°) Bom (17 casos) — Aqueles nos quais houve desaparecimento completo da incontinência urinária de esforço, ausência de infecção urinária e resíduo urinário nulo.

2°) Regular (1 caso) — Aqueles com melhora clínica, porém perda ocasional de urina aos grandes esforços, na ausência de infecção urinária ou resíduo pós-micção.

3°) Mau (1 caso) — Aqueles com recidiva da incontinência urinária mesmo aos mínimos esforços, antes de 3 meses de seguimento, sem infecção urinária ou resíduo pós-micção.

O estudo uretrocistográfico, realizado nos 3 primeiros meses após a cirurgia, com técnica idêntica à do pré-operatório, revelou a normalização dos ângulos uretrovesical e de inclinação uretral em 12 casos. O comprimento médio da uretra aumentou, de 2,3 cm no pré-operatório para 3,4 cm no pós-operatório.

Estes resultados, parecem muito bons em comparação com os de outras técnicas já consagradas pelo tempo. Esse método merece ser experimentado por maior número de cirurgiões, sobretudo urologistas, a fim de que possamos creditar-lhe o valor que realmente possua.

RESUMO

Dezenove pacientes portadores de incontinência urinária de esforço foram tratadas pela técnica descrita por Stamey. A maior parte dessas doentes havia sido submetida a cirurgias anteriores, quer por via vaginal, quer abdominal, sem sucesso.

Obteve-se com a cirurgia a normalização dos ângulos uretrovesicais posterior e de inclinação uretral, bem como aumento do comprimento uretral.

No seguimento, as doentes foram estudadas clínica e radiologicamente a cada 3 meses. O elevado índice de bons resultados, bem como a facilidade do método, nos permitem recomendar esse procedimento cirúrgico no tratamento de incontinência urinária de esforço na mulher.

SUMMARY

Nineteen female patients with stress urinary incontinence were submitted to endoscopic suspension of the vesical neck (Stamey's technique), with good results, except in one case.

BIBLIOGRAFIA

1) PEREYRA, A.J. A simplified surgical procedure for the correction of stress incontinence in women. *West. J. Surg.*, *67*:223, 1959.

2) STAMEY, T.A. Endoscopic suspension of the vesical neck for urinary incontinence. *Surg. Gynec. Obstet.*, *136*:547, 1973.

3) STAMEY, T.A, SCHAEFFER, A.J., & CONDY, M. Clinical and roentgenographic evaluation of endoscopic suspension of the vesical neck for urinary incontinence. *Surg. Gynec. Obstet.*, *140:*355, 1975.

O estudo uretrocistográfico, realizado nos 3 primeiros meses após a cirurgia, com técnica idêntica à do pré-operatório, revelou a normalização dos ângulos uretrovesical e de inclinação uretral em 12 casos. O comprimento médio da uretra aumentou, de 2,3 cm no pré-operatório para 3,4 cm no pós-operatório.

Estes resultados, parecem muito bons em comparação com os de outras técnicas já consagradas pelo tempo. Esse método merece ser experimentado por maior número de cirurgiões, sobretudo urologistas, a fim de que possamos creditar-lhe o valor que realmente possua.

RESUMO

Dezenove pacientes portadores de incontinência urinária de esforço foram tratadas pela técnica descrita por Stamey. A maior parte dessas doentes havia sido submetida a cirurgias anteriores, quer por via vaginal, quer abdominal, sem sucesso.

Obteve-se com a cirurgia a normalização dos ângulos uretrovesicais posterior e de inclinação uretral, bem como aumento do comprimento uretral.

No seguimento, as doentes foram estudadas clínica e radiologicamente a cada 3 meses. O elevado índice de bons resultados, bem como a facilidade do método, nos permitem recomendar esse procedimento cirúrgico no tratamento de incontinência urinária de esforço na mulher.

SUMMARY

Nineteen female patients with stress urinary incontinence were submitted to endoscopic suspension of the vesical neck (Stamey's technique), with good results, except in one case.

BIBLIOGRAFIA

1) PEREYRA, A.J. A simplified surgical procedure for the correction of stress incontinence in women. *West. J. Surg.*, *67*:223, 1959.

2) STAMEY, T.A. Endoscopic suspension of the vesical neck for urinary incontinence. *Surg. Gynec. Obstet.*, *136*:547, 1973.

3) STAMEY, T.A, SCHAEFFER, A.J., & CONDY, M. Clinical and roentgenographic evaluation of endoscopic suspension of the vesical neck for urinary incontinence. *Surg. Gynec. Obstet.*, *140:*355, 1975.

uretrotomia interna endoscópica

RILDO LINS GALVÃO — JOÃO MACHADO DE SOUZA — JOSÉ ROSA DE SOUZA — HÉLIO DOS REIS CALÇADO — LUIZ MARTINS — REGIO FERREIRA DE MORAIS.
Da Santa Casa de Goiânia (GO).

INTRODUÇÃO

Inúmeras técnicas têm sido preconizadas para a correção dos estreitamentos de uretra. A telescopagem, a uretroctomia segmentar e a operação de Benght-Johansen são as mais freqüentemente utilizadas. Nenhuma delas, contudo, proporciona uma resolução definitiva para a finalidade a que se propõem.

Durante aproximadamente uma década, defendemos os procedimentos acima citados. Ultimamente, entretanto, tornava-se mais firme nossa convicção de que, exceto em casos esporádicos, os resultados obtidos não eram alentadores. De par com as complicações precoces, pouco freqüentes, é bem verdade, as complicações mediatas ou tardias não eram incomuns. Traduziam-se por fístulas, estenose de neomeato, abscessos, culminando — o que era desalentador — após alguns poucos anos ou, inclusive, meses, com a mesma formação de um novo estreitamento, igual ou mais extenso que o primitivo. Muitos desses pacientes eram reoperados ou, então, voltavam a se submeter, em curtos intervalos, a periódicas sessões, de dilatação uretral.

Embora as plásticas uretrais nos apresentassem resultados pouco encorajadores, olhávamos com certo ceticismo para os procedimentos que visavam a corrigir os estreitamentos de uretra através dos uretrótomos, mais especificamente os de Otis e Maisonneuve. Posto que a estatística de diversos autores evidenciavam bons resultados com os mesmos, não nos animava a idéia de manipular um instrumental às cegas.

Com o advento do uretrótomo ótico, segundo Sachse, por nós utilizado nos últimos dois anos, os resultados foram animadores, a ponto de abandonarmos, quase que integralmente, todas as demais técnicas cirúrgicas até então propostas para a correção dos estreitamentos de uretra.

MATERIAL CLÍNICO

Nossa casuística consta de 43 pacientes submetidos a uretrotomia interna endoscópica, cuja idade variou entre 19 e 84 anos.

Quanto à etiologia, 37 eram portadores de estreitamento inflamatório. No que concerne aos traumáticos, 3 eram de origem iatrogênica (RTU de próstata) e três resultaram de rotura de uretra membranosa por acidente de trânsito.

Dos estreitamentos de origem inflamatória, 32 tinham por sede a uretra bulbar, 3 a uretra peniana e 2 eram mistos (uretras peniana e bulbar). Os de origem traumática resultantes de acidentes (3) localizavam-se na uretra membranosa. Finalmente, dos 3 iatrogênicos, 2 tinham por sede a uretra membranosa e 1 localizava-se na uretra peniana.

A avaliação pré-operatória consistiu, além do exame clínico, de urografia venosa, uretrocistografia, exame bacteriológico completo de urina, hemograma completo, dosagem da uréia, glicose e creatinina, ECG em pacientes acima de 45 anos.

Três pacientes com estreitamento de uretra membranosa, resultante de traumatismo por acidente (fratura de bacia), tinham-se submetido a cistostomia. Apenas dois pacientes com estreitamento inflamatório de uretra bulbar haviam-se submetido a uretrectomia segmentar.

TÉCNICA

Utilizamos o uretrótomo ótico Storz, segundo Sachse, aparelho constituído basicamente por:

a. Camisa 20 charr. com mandril e duas torneiras para irrigação.
b. Ótica Hopkins, visão direta.
c. Bisturi ou faca.
d. Elemento de trabalho.
e. Cabo de iluminação.
f. Fonte de luz fria.

Com o paciente em posição litotímica, introduz-se o uretrótomo, tracionando ligeiramente o pênis. Após visualização do segmento uretral estenosado, procede-se a incisão anterior do mesmo com o bisturi do aparelho, através de movimentos para frente e para baixo, tantas vezes quantas necessárias. Com o próprio uretrótomo, faz-se a cistouretroscopia, trocando-se apenas a ótica. Finalmente, introduz-se a sonda de Foley 18. Fr. B. 5 ml.

A duração média da cirurgia foi de 15 minutos. A anestesia de escolha foi a peridural sacra. Como complicação peroperatória tivemos 2 casos de significativa uretrorragia, debelada, de imediato, com a eletrocoagulação endoscópica.

A sonda de Foley foi retirada após 48-72 horas. Todos os pacientes receberam alta no terceiro dia pós-operatório.

RESULTADOS

Os pacientes foram controlados aos 3 e 12 meses, através de uretrografia e uretrocistoscopia.

Consideramos como ótimos os resultados obtidos em pacientes submetidos a uretrotomia interna endoscópica há mais de 1 ano e que permanecem livres de queixas urinárias; como bons, os pacientes que, em 1 ano, tiveram que se submeter a apenas uma nova intervenção; regulares, os que necessitaram de mais de uma intervenção no período de 1 ano.

Dentro destes parâmetros, tivemos 30 ótimos resultados (60,77%), 3 bons resultados (6,98%), 2 resultados regulares (4,65%) e 8 não avaliados (18,60%) por ainda não terem completado um ano de cirurgia, apesar de já terem se submetido ao primeiro controle (3 meses) e permanecerem assintomáticos.

Os estreitamentos inflamatórios contribuiram com 25 ótimos resultados, 3 bons resultados e 1 resultado regular. Os traumáticos apresentaram 5 ótimos resultados e 1 resultado regular. Os 8 com avaliação incompleta são de origem inflamatória.

Quanto à sede das recidivas, uma localizava-se na uretra peniana, 3 na uretra bulbar e 1 na uretra membranosa.

A morbidade da cirurgia foi mínima, restringindo-se a dois casos de acentuada uretrorragia peroperatória, imediatamente controlada, pela eletrocoagulação endoscópica.

DISCUSSÃO

Após análise dos 43 casos de pacientes submetidos a uretrotomia interna endoscópica, pudemos constatar que este tipo de intervenção não é um procedimento meramente paliativo. Pelo contrário, constituiu-se, nos dois últimos anos, na nossa principal alternativa para correção dos estreitamentos de uretra.

Além de sua pequena morbidade, deve ser ressaltada a facilidade de manuseio do aparelho bem como a abordagem do mesmo a qualquer tipo de estreitamento, independentemente de sua localização. A pequena duração da cirurgia, a curta permanência do paciente no hospital, a ausência de complicações pós-operatórias precoces ou tardias, a excelência, por fim, dos resultados, permite-nos afirmar que a uretrotomia interna endoscópica abriu novos horizontes na manipulação do paciente estreitado.

Na vigência de recidiva, optamos pela reintervenção, pois, muito provavelmente, na cirurgia anterior, o "calo fibroso" não foi secionado em toda a sua extensão e profundidade.

CONCLUSÕES

1. A uretrotomia interna endoscópica constituiu-se um dos principais procedimentos para a correção dos estreitamentos de uretra.

2. É uma intervenção extremamente simples e de curta duração (média de 15 minutos).

3. Sua morbidade é mínima.

4. Pode ser indicada em pacientes de elevado risco cirúrgico.

5. A permanência hospitalar é menor, comparada às outras técnicas para correção dos estreitamentos de uretra.

6. É uma cirurgia isenta de complicações pós-operatórias.

RESUMO

Os autores, após comentarem sobre as tradicionais técnicas cirúrgicas para a correção dos estreitamentos da uretra, apresentam 43 casos de uretrotomia interna endoscópica, obtendo excelentes resultados com a mesma. Ressaltam, entre outras vantagens, a facilidade de manuseio do aparelho, a pequena duração da cirurgia, a curta permanência do paciente no hospital e, sobretudo, a menor incidência de recidivas e complicações relativamente às clássicas técnicas até então preconizadas.

SUMMARY

The AA., after commenting on traditional surgical procedures for correction of urethral strictures, report 43 cases where the internal endoscopic urethrotomy has been employed, with excellent results.

FAIXA ETÁRIA

Idade (anos)	Nº	%
10-19	2	4,65%
20-29	4	9,30%
30-39	3	6,98%
40-49	5	11,63%
50-59	13	30,23%
60-69	8	18,60%
70-79	7	16,28%
80-89	1	2,33%
TOTAL	43	100,00%

ETIOLOGIA		
Inflamatório	37	86,04%
Traumáticos		
Acidente de trânsito	3	6,98%
Iatrogênico	3	6,98%
TOTAL	43	100,00%

Sede	Infl.	Traum. Acid.	Traum. Iatr.	Total	%
Peniana	3	—	1	4	9,30%
Bulbar	32	—	—	32	74,42%
Membranosa	—	3	2	5	11,63%
Mistos	2	—	—	2	4,65%
TOTAL	37	3	3	43	100,00%

RESULTADO	Nº	%
Ótimo	30	69,77%
Bom	3	6,98%
Regular	2	4,65%
Não avaliados	8	18,60%
TOTAL	43	100,00%

ETIOLOGIA	RESULTADOS			
	Ótimo	Bom	Regular	Não avaliados
Inflamatória	25	3	1	8
Traumática Acidental	2	—	1	—
Traumática Iatrogênica	3	—	—	—
TOTAL	30	3	2	8

RECIDIVAS

SEDE	Nº	%
Uretra peniana	1	2,33%
Uretra bulbar	3	6,98%
Uretra membranosa	1	2,33%
TOTAL	5	11,63%

BIBLIOGRAFIA

1) AL-GHORAB, M. M. & EL-BADAWI, A. Complete avulsion of anterior urethra in boy: report of case with sucessful reconstruction. *J. Urol.*, 100:32-5, 1968.

2) BADENOCH, A. W. Traumatic stricture of the urethra. *Br. J. Urol.*, 40:671-676, 1968.

3) BECKER, J. A. & GREGOIRE, A. Retrograde urethrography. *J. Urol.*, 100:92-3, 1968.

4) BLANDY, J. P., SINGH, M. & TRESIDER, G. C. Urethroplasty by scrotal flap for long urethral strictures. *Br. J. Urol.*, 40:261-7, 1968.

5) BOGASH, M. & LASKY, N. Experience with two-stage urethroplasty for stricture. *J. Urol.*, 102:444-8, 1969.

6) BORGES, H. J., BRITO, R. R. & ZULIAN, R. Uretrotomia interna em pacientes do sexo masculino. *J. Br. Urol.*, 2:197-203, 1976.

7) BLUMBERG, N. Anterior urethral injuries. *J. Urol.*, 101:210-13, 1969.

8) COLAPINTO, V. Two-stage urethroplasty for stricture: results and technical considerations. *Br. J. Urol.*, 41:494-504, 1969.

9) DEVINE, P. C., SAKATI, I. A., POUTASSE, E. F. & DEVINE, Jr. C. J. One stage urethroplasty: repair of urethral strictures with free full thickness patch of skin. *J. Urol.*, 99:191-193, 1968.

10) FERNANDES, M. & DRAPER, J. W. Urethroplasty: results, complications and a new long-term followup of single layer closure and a new method for revision of recurrent strictures. *J. Urol.*, 101: 325-31, 1969.

11) GRAY, C. P. & BIORN, C. L. Internal urethrotomy: use in teatment of urethral strictures of male patient. *J. Urol.*, 100:653-5, 1968.

12) KEITZER, W. A., ABREU, A., NAVARRO, I., BERNREUTER, E. & ALLEN, J. S. Urethral strictures: prevention with plastic indwelling catheters. *J. Urol.*, 99:187-8, 1968.

13) KEITZER, W. A., TANDON, B., ALLEN, J., BENREUTER, E. & AMADOR, J. Urethrotomy visualized for bladder neck contracture in male patients. *J. Urol.*, 102:577-80, 1969.

14) KERR, JR., W. S. Results of internal urethrotomy in female patients for urethral strictures. *J. Urol.*, 102:449-50, 1969.

15) LAPIDES, J. & STONE, T. E. Usefulness of retrograde urethrography in diagnosing strictures of anterior urethra. *J. Urol.*, 100:747-50, 1968.

16) MITCHELL, J. P. Injuries to the urethra. *Br. J. Urol.*, 40:639-70, 1968.

17) MOULONGUET, A. Ruptures traumatiques de l'urèthre postérieure. *J. Urol. Néphrol.*, 71:1-96, 1965.

18) NETTO, FREIRE, G. C., BRUSCHINI, H., GÕES, G. M., TOLEDO, W. P. Tratamento das lesões da uretra posterior e bulbar pela técnica de telescopagem. *J. Br. Urol.*, 3:147-50, 1977.

19) ORANDI, A. One-stage urethroplasty. *Br. J. Urol.*, 40:717-19, 1968.

20) RADGE, H. & MCINESS, G. F. Transpubic repair of severed prostatomembranous urethra. *J. Urol.*, 101:335-7, 1969.

21) SYMES, J. M. & BLANDY, J. P. Tuberculosis of the male urethra. *Br. J. Urol.*, 45:432-36, 1973.

22) TURNER-WARWICK, R. T. Urethral strictures in relation to the sphincters. *Br. J. Urol.*, 40:677-81, 1968.

23) WALSH, A. Pseudo-stricture of the urethra. *Br. J. Urol.*, 40:710-11, 1968.

24) WILLIAMS, J. L. & CRAWFORD, B. S. A method of urethroplasty urethral strictures. *Br. J. Urol.*, 40:712-16, 1968.

condiloma acuminado uretral
tratamento com 5-fluorouracil a 5 por cento

ALFREDO DUARTE CABRAL
Do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo (SP).

O condiloma acuminado é uma lesão verrucóide, de etiologia viral, que pode ser única ou múltipla, atingindo com freqüência as zonas cutâneomucosas do pênis, genitais externos femininos, região perineal, escroto e mais raramente a uretra e a bexiga.

Quando se trata de condilomas intrauretrais, estes, às vezes, ficam longos períodos sem serem diagnosticados, por apresentarem como sintoma principal secreção uretral[9]e, por este motivo, ficam sendo tratados com terapêutica antibiótica ou quimioterápica, até que posteriormente é realizada uretroscopia e o diagnóstico correto.

A uretroscopia é superior à uretrocistografia para se estabelecer o diagnóstico de condiloma acuminado intrauretral, pois, na grande maioria das vezes, os pequenos condilomas e os que estão próximos do meato uretral externo, ficam mascarados pela intensidade do contraste radiológico ou pelo aparelho de apreensão da uretra, para a realização do referido exame.

Vários tratamentos foram propostos para a solução deste problema, que, quando atinge a uretra e bexiga, nos obriga a uma cirurgia mutiladora: cistectomia total, associada a cirurgias mutiladoras em ambos os sexos.[1, 6]

A podofilina, a eletrocoagulação e o 5-fluorouracil, creme a 5 por cento[7], são os indicados para os condilomas genitais externos e perineais. A podofilina não deve ser utilizada, quando se trata de condilomas intra-uretrais, por ser extremamente citotóxica.

Outros produtos foram utilizados sem sucesso, como cremes à base de derivados sulfamídicos[3] e cloroquina. O tratamento com trietilenotiofosforamida (tiotepa), 60 mg dissolvidos em 10 ou 15 ml de água bidestilada e esterilizada, instilados na uretra[5, 8], onde devem permanecer por 30 minutos, repetidos duas vezes por semana, requer um período muito longo de tratamento e, além disto, os condilomas localizados no meato uretral externo e fosseta navicular não são atingidos por este tipo de tratamento, pois a uretra clampeada não permite a ação do medicamento nesses locais, sendo necessária a utilização de outro tipo de terapêutica.

A colchicina, 10 ml a 5 por cento[4], duas vezes por semana, utilizando-se a mesma técnica empregada com o tiotepa, apresenta os mesmos inconvenientes apresentados, além de período muito longo de tratamento.

A eletrocoagulação endoscópica, com a alça do ressector, é efetiva[9], mas existe o problema de possíveis estenoses uretrais, quando o condiloma é muito extenso e não previne a recidiva.

Dretler e Klein[2], em 1975, apresentam 20 casos de condilomas intra-uretrais tratados com instilação uretral de creme de 5-fluorouracil a 5 por cento, após cada micção e à noite ao deitar, por um período de 1 semana, com bons resultados.

Devemos fornecer aos doentes um aplicador cônico, como os usados para a instilação de gel anestésico na uretra, o qual será adaptado ao tubo do creme de 5-fluoroucacil a 5 por cento. Os doentes deverão ter cuidados especiais, protegendo a pele do pênis, escroto e os dedos da mão, para evitar possíveis lesões. Baseados na experiência dos autores, tivemos a oportunidade de tratar de 2 casos com cura da doença.

Caso 1 — F.G., 23 anos, branco, casado, médico, 7.10.1975. Circuncisado com 7 dias. Há 3 meses, condiloma acuminado meatal, sendo tratado com meatotomia uretral externa ampla e eletrocoagulação endoscópica. Após 40 dias, recidiva, sendo realizada nova eletrocoagulação endoscópica. Ao exame: circuncisado, meato uretral externo amplamente aberto, devido à meatotomia realizada, notando-se a presença de condilomas na parte anterior da uretra, confirmados por uretroscopia, que mostrou a presença de vários condilomas na uretra anterior. Realizado o tratamento, instruindo-se o doente para introduzir o creme de 5-fluorouracil, até atingir a uretra ao nível do ângulo penoescrotal, após cada micção e à noite antes de deitar-se, tomando os devidos cuidados para proteção da pele, durante 7 dias. Após o tratamento e seguimento por 2 anos, não apresentou recidivas.

Caso 2 — R.E., 18 anos, branco, solteiro, estudante, 21.9.1976. Circuncisado com 7 dias. Há 1 ano, condiloma intra-uretral, sendo feita eletrocoagulação; após 3 meses, recidiva, nova eletrocoagulação endoscópica; após 2 meses nova recidiva, sendo realizada cauterização química com ácido acético glacial e ácido salicílico (*sic*), não melhorando. Foi então submetido a meatotomia uretral externa e eletrocoagulação, não melhorando. Ao exame: cir-

cuncisado, meato uretral externo amplo, notando-se condilomas na parte anterior da uretra. Instituído o mesmo tratamento durante 1 semana. Seguimento com 14 meses, sem recidivas.

RESULTADOS

Os 2 doentes tratados foram curados dos condilomas intra-uretrais, tendo seguimento por um período de 2 anos no primeiro caso e 14 meses no segundo caso, sem recidivas e sem problemas de estenose uretral. Apresentaram, durante o tratamento, intenso ardor uretral miccional, que respondeu bem à medicação analgésica das vias urinárias.

RESUMO

O creme de 5-fluorouracil a 5 por cento, usado no tratamento de 2 casos de condiloma acuminado intra-uretral, mostrou-se eficaz, curando os doentes.

É fácil de ser aplicado e é pouco doloroso.

Chama a atenção o fato de ambos os doentes serem de origem israelita, afastando-se a hipótese de irritação local por falta de higiene, ausência de balanopostites, como fatores predisponentes na etiologia do condiloma acuminado.

SUMMARY

The A. employed a 5% 5-fluorouracil cream in the management of two cases of intraurethral condyloma acuminatum, completely successful.

Both patients were from Jewish origin. The supposition of local irritation by lack of hygienic care was absolutely excluded.

BIBLIOGRAFIA

1) BISSADA, N. K.: COLE, A. T. & FRIED, F. A. Extensive condyloma acuminata of entire uretra and bladder. *J. Urol.*, 112:201, 1974.

2) DRETLER, S. P. & KLEIN, L. A. The eradication of intraurethral condyloma acuminata with 5 per cent 5 — fluoroucacil cream. *J. Urol., 113:*195-198, 1975.

3) GARDNER, H. L. & KAUFMAN, R. H. Condyloma acuminata. *Clin. Obst. Gynec.*, 8:838-945, 1965.

4) GIGAX, J. H. & ROBISON, J. R. The sucessful treatment of intraurethral condyloma acuminata with colchicine. *J. Urol., 105:*809-811, 1971.

5) HALVERSTADT, D. B. & PARRY, W. L. Thiotepa in the management of intraurethral condyloma acuminata. *J. Urol., 101:*729-731, 1969.

6) KLEIMAN, H. & LANCASTER, Y. Condyloma acuminata of the bladder. *J. Urol. 188:*52-55, 1962.

7) NETTO JR., N. R.; MONTELLATO, N. I. D.; SROUGI, M.; RANGEL, P. E. & GÕES, G. M. Tratamento do condiloma acuminado com 5-fluorouracil. *Rev. Ass. Méd. Brasil., 23* (3):91-92, 1977.

8) ROSENBERGER, J. W. & AL-ASKARI, S. Management of intraurethral condyloma acuminatum. *J. Urol. 110:*686-687, 1973.

9) ZULIAN, R.; ROCHA-BRITO, R. & BORGES, H. J. Condiloma acuminado urotelial e uretrite masculina. *Rev. Paul. Med. 88:*128-130, 1976.

corno peniano localizado na glande

JOAQUIM ALFREDO ALVES NORÕES — PAULO PEREIRA DE MENDONÇA — VITAL LIRA.

Corno peniano é uma forma rara e peculiar de lesão, caracterizada por excesso de ceratose e crescimento cornificado de epitélio, que desenvolve forma inicial de verruga ou acantose. O ritmo de crescimento geralmente é rápido, tendo a literatura descrito aparecimento e crescimento de lesões com mais de 1,5 cm em 6 meses.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 44 anos, solteiro, agricultor, moreno, natural e procedente da Paraíba.

Admitido em nosso serviço, referindo uma massa tumoral no pênis, não sabendo precisar o início do seu aparecimento.

O exame físico geral nada apresentou de anormalidade. Examinada a genitália externa, observamos lesão vegetante, de cor castanha, muito firme, de superfície estriada, em forma de garra recurvada, situada no colo da glande e sulco bálano-prepucial, na face ântero-lateral esquerda (figs. 1 e 2). Os gânglios inguinais superficiais eram palpáveis, vários gânglios na mesma cadeia, móveis, frios, indolores, não hipertrofiados.

Com diagnóstico de corno peniano, o paciente foi levado à cirurgia, submetendo-se a uma ressecção da lesão, fazendo-se a incisão circundando a base da mesma, com uma margem de mais ou menos 10 mm. A cicatrização deu-se por segunda intenção.

O exame histopatológico revelou o seguinte:

Exame macroscópico: Formação vegetante de 45 x 28 x 35 mm, apresentando ampla cornificação na forma de longas unhas, uma das quais medindo 4 cm. As dimensões referidas do material fixado em formalina não correspondem às encontradas no ato cirúrgico.

A peça se deixou fragmentar após a fixação.

Exame microscópico: As preparações coradas pela hematoxilina-eosina demonstraram lesão hiperplásica vegetante, resultante da proliferação anormalmente grande do estrato espinhoso e da acentuadíssima deposição de lâminas córneas. A lesão repousa sobre um derma infiltrado moderadamente por linfócitos.

Conclusão: O quadro histológico é de um papiloma ceratósico, com exagerada queratinização, compatível com o diagnóstico clínico de corno peniano.

O paciente recebeu alta hospitalar em boas condições e com cicatriz operatória em perfeito estado.

COMENTÁRIOS

Trata-se de uma entidade nosológica rara, motivo pelo qual apresentamos o presente caso à literatura, que, até 1975, relatou 29 casos na Europa, 2 nos Estados Unidos da América e um no Brasil, descrito em 1939 por João do Ó.

Os cornos do tipo mucoso são mais raros que os cutâneos, sendo estes mais comumente descritos na literatura. Os do tipo mucoso são destacadamente localizados na glande, enquanto que os cutâneos se desenvolvem notadamente ao nível da pele ou folheto externo do prepúcio, cujo epitélio normal é rico em células córneas. Essa distinção das duas variedades — reafirmamos — não é geralmente feita e a literatura é rara e escassa. Esta peculiaridade ressalta ainda mais o valor da publicação deste caso, uma vez que a lesão tem sede em superfície revestida por epitélio plano estratificado com escassa queratinização.

A etiologia é desconhecida. Alguns autores afirmam a possibilidade de vírus como fator etiológico.

Nos casos reportados, a fimose congênita tem sido apontada como fator predisponente da lesão.

Clinicamente, o corno peniano é semelhante a um chifre, composto de um material cornificado, originário de uma epiderme anormal.

Microscopicamente, apresenta grande hiperqueratose, acantose, papilomatose e inflamação crônica na derme vizinha. O corno cutâneo é considerado uma lesão pré-cancerosa ou que pode evoluir para uma degeneração maligna, semelhante ao carcinoma do pênis. Lebert encontrou 12%, em 109 casos de corno cutâneo não-peniano, que evoluíram para carcinoma.

RESUMO

Os autores apresentam um caso de corno peniano, condição rara e pouco comum em Urologia. A literatura é revisada.

O tratamento deve ser a excisão cirúrgica local.

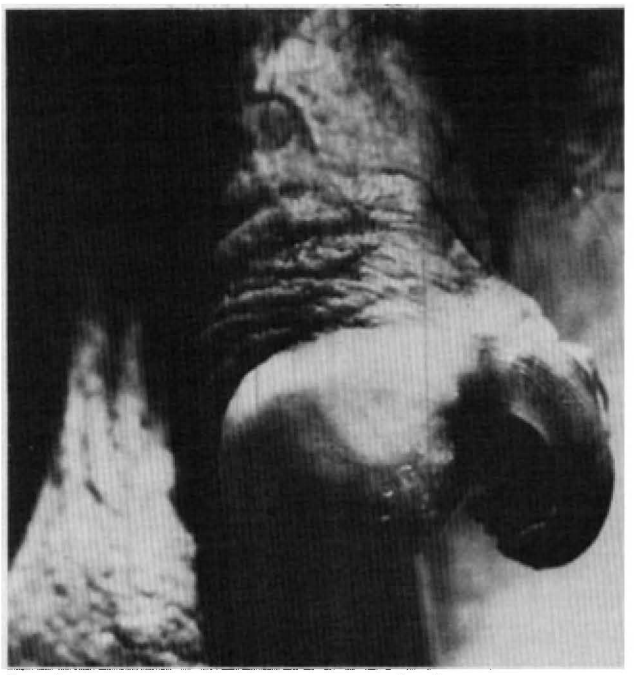


Fig. 1 — Corno peniano localizado na glande

Fig. 2 — Corno peniano localizado na glande

N. da R. — Acompanha o artigo uma bibliografia, constando de 27 citações, não publicada, por não se enquadrar nas normas do JBU. Os eventuais interessados deverão dirigir-se aos Autores.

incidência de câncer do pênis

BENEDICTO BARRETO DE OLIVEIRA — ARNALDO PINHEIRO — FERNANDO CRUZ
Do Hospital Aristides Maltez — Salvador (BA).

O estudo atual prende-se ao período de 1967 a 1976, quando procedemos a levantamento estatístico comparativo com outros tumores genitais do sexo masculino e feminino em nosso Hospital, em um total de 238 (duzentos e trinta e oito) casos.

Levantamos dados com referência a idade, cor, procedência, grau cultural e de higiene, fimose, doenças venéreas, casos de câncer em família, casos de câncer com as parceiras, sinais e sintomas iniciais, classificação T.N.M. e, enfim, a filosofia e terapêutica empreendida pelo Serviço de Urologia no Hospital Aristides Maltez durante este período e os seus resultados imediatos e tardios em um "follow-up" às vezes duvidoso, pela condição do paciente no sentido sócio-econômico.

No que se refere à faixa etária, a maior incidência está entre 40 a 60 anos, num percentual médio de 25% dos casos, entre as idades de 20 aos 90 anos.

A maior incidência em nosso meio foi de pacientes faiodermas, com um percentual de 52.60%, advindos em sua maior parte do interior do Estado, num total médio de 86.78%.

Quanto ao grau de higiene, nosso levantamento estatístico apresentou-nos uma marcada presença de grau cultural e de higiene precários (cerca de 90%), o que traduz a condição imperativa do asseio e reforçando uma teoria irritativa independente de outros fatores, prova que a higiene local se torna indispensável.

Como já é sobejamente conhecido pelo urologista, os povos que promovem a circuncisão na mais tenra idade não apresentam praticamente casos de câncer do pênis, que, em nosso meio, marcou um percentual estatístico de 87.68%, demonstrando a contribuição desta patologia no aparecimento da neoplasia, visto que, fundamentalmente, em nosso trabalho o câncer mais encontrado foi o escamo-celular, com dois casos apenas de sarcoma e nenhum de basocelular.

No contexto, no que diz respeito a doenças venéreas, acreditamos que tivesse sido talvez prejudicado o levantamento, posto que, pelo grau cultural e social dos pacientes, os mesmos, às vezes, até por vergonha, talvez tivessem omitido informações de alguma validade, se bem que o percentual fosse de 25,13%, no período constante do trabalho.

Nosso levantamento, no que se refere à variedade de parceiras e casos de câncer com as mesmas, acreditamos, apesar do esforço, ter sido prejudicado, pelo tipo cultural dos pacientes, assim como os casos de câncer em família, o que nada de substancial nos revelou pelas razões expostas.

Como sinais e sintomas iniciais, tivemos o aparecimento, em 60,68%, de prurido acusado pelo paciente, a seguir vindo a presença, segundo os mesmos, de tumores, em 33.64%, e seqüenciadamente, por incidência, os de origem traumática, com 4.26%, e, sem significativo percentual (1.42%), os ignorados.

Aqui vale ressaltar a classificação T.N.M., empreendida e admitida no Hospital Aristides Maltez, sendo o dado de maior valia, para que possa ser aquilatada a filosofia e terapêutica procedida nos pacientes, como seja:

Tivemos 52.13% casos de tumores isolados, sem nódulo ou metástase, 14.69% casos de tumores e nódulo e 33.18% casos de tumores já com metástase, comprovados.

Após toda esta análise, procedemos então à apresentação da filosofia e terapêutica em cada caso, pela condição da patologia na época.

FILOSOFIA E TERAPÊUTICA
1967 — 1976

1°)	Postoplastia com radioterapia	9casos	3.79%
2°)	Postoplastia com tumorectomia	5casos	1.92%
3°)	Tumorectomia	1caso	0.47%
4°)	Amputação parcial	84casos	35.13%
5°)	Amputação + radioterapia	35casos	14.72%
6°)	Monobloco	25casos	11.30%
7°)	Monobloco + quimioterapia	2casos	0.94%
8°)	Monobloco + radioterapia	18casos	7.58%
9°)	Amputação + radiot + quimio	2casos	0.94%
10°)	Radioterapia	19casos	8.05%
11°)	Quimioterapia	1caso	0.47%
12°)	Radioterapia + quimioterapia	2casos	0.94%
13°)	Fora de possib. terapêutica	2casos	0.94%
14°)	Ignorados	31casos	13.27%.

A nossa análise e crítica, quanto à orientação e terapêutica, prendem-se ao que consideramos como resultados imediatos e tardios, embora não existissem casos de recidiva local; em determinados casos, haveria metástases relativamente precoces, não detectadas clinicamente, na época, por falta de estruturação propedêutica e terapêutica de apoio, de contribuição limitada, como sabemos, mas, atualmente, já nos dão, pela nova dinâmica em nosso Hospital, melhores dimensionamentos e resultados mais compensadores.

Temos então, a seguir, o nosso critério de apreciação:

ANÁLISE DA ORIENTAÇÃO
1967 — 1976

BOA	146casos	61.60%
MÁ	32casos	13.74%
DUVIDOSA	25casos	10.45%
F.P.T	2casos	0.94%
IGNORADO	31casos	13.27%.

No que concerne, comparativamente, aos outros tumores genitais do sexo masculino, em quadro anexo, podemos verificar, dentro do período a que se refere o trabalho, a esmagadora porcentagem de incidência de câncer do pênis no Hospital Aristides Maltez.

HOSPITAL ARISTIDES MALTEZ
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA
N° de casos de câncer do aparelho geniturinário e mama (segundo o sexo)
Salvador — 1967 a 1976

ANOS	Mama (174)		Colo do útero (180)	Coriocarcinoma (181)	Out. T. malig. útero e endom. (182)	Ovário trompa e lig. largo. (183)	Out. Órg. genit. Vagina Vulva (184)	Próstata. (185)	Testículo. (186)	Pênis e Out. Org. genitais Homem (187)	Bexiga (188)		Out. Órgãos geniturinários. Rins, Uretra (189)		TOTAL GERAL		
	M	F	F	F	F	F	F	M	M	M	M	F	M	F	Masc	Fem	Total
1967	—	100	236	3	6	7	18	9	2	35	6	1	1	—	53	371	424
1968	1	133	253	2	8	2	9	3	2	17	3	—	—	2	26	409	435
1969	1	120	252	4	8	12	16	4	—	26	6	1	1	1	38	414	452
1970	1	104	238	2	6	13	15	3	—	25	6	—	—	2	35	379	414
1971	1	98	237	5	4	10	13	1	—	17	4	2	—	2	23	371	394
1972	3	111	305	2	14	13	12	1	2	23	6	1	1	2	36	460	496
1973	—	111	293	2	14	7	16	2	—	27	4	1	—	—	33	444	477
1974	—	137	369	3	12	11	14	6	1	21	6	3	—	3	34	552	586
1975	2	142	318	4	12	10	18	7	2	22	11	1	—	2	44	507	551
1976	—	178	403	1	13	17	24	17	—	25	13	3	1	3	56	642	698
TOTAL	9	1234	2904	28	97	102	155	53	9	238	65	13	4	17	378	4549	4.927

curvatura congênita do pênis — uretra curta

JOSÉ ANTÔNIO ARAUJO BORGNETH — GERALDO TERRERI — ANTÔNIO DE PÁDUA SILVA SOUSA
VICENTE DE PAULA P. DE FRANCO.
Da Santa Casa da Misericórdia (Rio de Janeiro — RJ).

Freqüentemente, encontramos deformidades do pênis, com desvio ou curvatura durante a ereção, que não só causam disfunção sexual, como também graves problemas psicológicos.

As causas mais freqüentes são: hipospádia com *cordee,* curvatura ventral secundária a uretrite gonocócica ou lesão fibrótica da doença de Peyronie. Outro tipo mais raro é o *cordee* peniano resultante de uretra curta congênita sem hipospádia. Nesta patologia, durante a ereção, a uretra curta age como uma corda, curvando o pênis.

Em 1932, Young foi o primeiro a relatar esta patologia, fazendo a correção da curvatura com secção da uretra e posteriormente uretroplastia pela técnica de Tiershe, modificada por Young. Nesbit, em 1954, também descreve um caso desta patologia, tratado por secção da uretra e posterior uretroplastia pela técnica de Dennis-Browne, com resultados excelentes.

Em 1965, Nesbit descreve outro tipo de curvatura do pênis, que chamou de curvatura congênita do pênis, onde não havia corda ou outra causa que determinasse a curvatura. Esta era causada por uma assimetria dimensional do corpo cavernoso e da albugínea das regiões dorsal e ventral do pênis. Descreveu, pela primeira vez, três casos desta deformidade congênita, juntamente com o tratamento cirúrgico, cujos resultados foram excelentes. Desde então, têm sido relatados vários casos desta anomalia, cujo tratamento era baseado nos conceitos preconizados por Nesbit ou pelas modificações propostas por Corrêa, Saalfeld e cols.

Nós, recentemente, tratamos 3 doentes com curvatura congênita do pênis durante a ereção. A técnica usada para um desses doentes foi a de Young com uretroplatia posterior pela técnica de Dennis-Browne; nos dois casos restantes, optamos pela técnica clássica de Nesbit, com incisão de mais ou menos 3 cm na pele da região dorsal ou incisão circular da pele, à altura do sulco bálano-prepucial, com descolamento da mesma até a raiz do pênis. A albugínea foi exposta lateralmente, preservando-se a linha mediana, para evitar lesão da veia dorsal e nervo. Na área oposta à curvatura, foram seccionados e removidos vários segmentos da albugínea em elipse e o tecido esponjoso ficou exposto. O sangramento foi controlado com pressão digital e as partes proximal e distal da elipse foram aproximadas com sutura em separado de fio inabsorvível, ficando assim a hemostasia satisfatória.

O resultado pós-operatório foi excelente, confirmando assim o previsto pelos autores acima citados.

RESUMO

A curvatura congênita do pênis resulta da discrepância existente entre a albugínea das faces dorsal e ventral; sendo uma mais curta, causa curvatura peniana quando da ereção.

A operação de Nesbit foi usada em dois casos e consiste na remoção do excesso de albugínea da região dorsal. A cirurgia é simples e o resultado funcional e cosmético é excelente.

SUMMARY

The congenital curvature of the penis results from discrepance between the albuginea of ventral and dorsal faces.

By taking off the excess of the last one (Nesbit's technique), the results were quite successful in two cases.

N. da R. — Acompanha o artigo uma bibliografia, constando de 6 citações, não publicada por não se enquadrar nas normas do JBU. Os eventuais interessados deverão dirigir-se aos Autores.

estreitamento de uretra — via de acesso transpúbica

GERALDO TERRERI — RODOLPHO FLÁVIO FORSTER — JOSÉ SEVERO A. B. UIMBERÊ DE O. PAIVA
JOSÉ ANTÔNIO ARAÚJO BORGNETH.
Da Santa Casa de Misericórdia (Rio de Janeiro — RJ).

Em 1923, Walker relatou pela primeira vez dois casos de ressecção da sínfise pubiana para realização de prostatectomia. Em 1929, Young descreve a ressecção da metade direita de sínfise pubiana por necrose, seguida de rotura da uretra posterior. Groos fala ainda que, em remoção de válvula de uretra posterior, seccionou o púbis de crianças de 1 a 2 anos. Spencer e Robson, em 1959, mostraram a ressecção da sínfise pubiana para controle de hemorragia maciça em um traumatismo da pélvis. Em 1962, Piersen descreveu a ressecção da sínfise pubiana para uretroplastia membranosa. A sínfise não foi reconstituída e o paciente não sofreu alterações ortopédicas deambulatórias. Mais tarde, Radge e MacInes usaram a mesma técnica de Piersen e separaram a sínfise em 8 cm, obtendo excelente resultado. Water House e cols., em 1972, usaram esta mesma técnica para uma correção de má formação ortopédica, com bom resultado. Em 1973, Morales e cols. descreveram a via de acesso transpúbica para uretroplastia, prostatovesiculectomia radical e cistectomia radical com uretrectomia. Water House, em 1974, publicou 16 casos de estreitamento intransponível de uretra membranosa, usando a via transpúbica e obtendo assim sucesso total em 15 pacientes; não houve incontinência, nem alterações em termo de potência, assim como não existência de seqüelas ortopédicas pós-operatórias. Em 1975, Allen e cols. publicam a via de acesso transpúbica para correção de estreitamento de uretra membranosa. Rodrigues Neto e Gois, em 1975, mostraram a experiência em 7 casos com esta via no tratamento da estenose de uretra posterior.

No tratamento de traumatismo de uretra posterior, em que houve falha na tentativa imediata de correção através de cateterismo retrógrado ou anastomose término-terminal, têm sido usadas várias técnicas, como a de Solovov, telescopagem de Badenoque, Johansen, Gil-Vernet e outras. Todas estas técnicas existentes, com exceção da telescopagem de Badenoque, têm a desvantagem de serem realizadas em mais de um tempo cirúrgico; enquanto que a via de acesso transpúbica tem a vantagem de oferecer um amplo campo cirúrgico, permitindo uma perfeita identificação e abordagem dos segmentos distal e proximal da zona de estreitamento, possibilitando ainda uma boa reparação naqueles casos em que outras técnicas não conseguiram solucionar, ou os casos considerados irrecuperáveis ou submetidos a derivações urinárias.

TÉCNICA — O paciente deve encontrar-se em posição de litotrícia moderada.

Deverá ser feita uma incisão mediana vertical infra-umbilical extra-peritoneal, até um centímetro da raiz do pênis, terminando em um "V" invertido na base do pênis.

Acima da sínfise pubiana, o espaço pré-vesical é dissecado; o ligamento suspensor do pênis é seccionado e este deverá ser retraído para baixo, ficando assim exposta a sínfise.

Os dedos são passados no espaço retropúbico, e uma pinça de ângulo reto é colocada através do diafragma urogenital abaixo do púbis, evitando-se assim a lesão da veia dorsal do pênis e do plexo venoso prostático.

O diafragma urogenital é então aberto largamente, o suficiente para que se passe o dedo abaixo da sínfise até o topo da uretra membranosa.

Secciona-se o periósteo e o osso púbico é cortado com serra de Gigle em ambos os lados, expondo finalmente, em um campo amplo, a uretra membranosa e prostática.

O estreitamento da uretra é facilmente identificado, passando-se uma sonda, por cima e por baixo, anteriormente e posteriormente à uretra normal até a zona de estreitamento, que é então seccionada.

As margens da uretra são mobilizadas suficientemente para que fiquem sem tensão, quando então são reanastomosadas sobre um cateter uretral.

Pratica-se uma derivação urinária suprapúbica e o dreno Penrose é colocado saindo por contra-abertura na base do escroto. O periósteo poderá ser reaproximado e a ferida cirúrgica é finalmente fechada.

O Serviço de Urologia da 14ª Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro teve oportunidade de usar a via de acesso transpúbica 4 vezes em 3 pacientes. Em um de nossos doentes, a cirurgia precisou ser repetida, em virtude do insucesso obtido quando da primeira tentativa. Face à intensa fibrose, que se estendia desde a uretra membranosa até o colo vesical, e frente à impossibilidade de mobilização das margens da uretra, foi feita uma alteração na técnica, que consistiu na implantação da uretra na parede lateral esquerda da bexiga. O colo vesical foi suturado e, desta vez, o paciente ficou curado.

Usamos também a via de acesso transpúbica para realização de cistectomia total com prostatovesiculectomia em um paciente. A complicação que tivemos no pós-operatório constituiu-se em eventração, a qual foi devidamente tratada com colocação de tela de dacron.

RESUMO

Os autores tecem considerações sobre a via de acesso transpúbica para o tratamento de estenose de uretra posterior. Mostram a experiência do Serviço de Urologia da 14ª Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro com esta via, resultados tardios e fazem alusão a respeito de técnica exótica usada em um dos casos.

A ressecção do púbis não acarretou alterações ortopédicas, igualando-se aos resultados publicados por outros autores. Todos os pacientes eram portadores de traumatismo de uretra, que se estendia por toda a uretra posterior. Com exceção de um paciente, que era portador de grande tumor vesical infiltrante, os nossos doentes deambularam entre o 8º e o 10º dias e não notamos nenhuma alteração ortopédica. A via transpúbica foi usada em virtude de não possibilidade de serem usadas as vias abdominal e perineal. Não observamos incontinência urinária e impotência sexual em nenhum dos casos.

SUMMARY

The transpubic approach on posterior urethral stricture is commented. The AA. employ this procedure in the Urology Department, at "Santa Casa da Misericórdia", in Rio, with good results, without any consequence of urinary incontinence or sexual impotence.

N. da R. — Acompanha o artigo uma bibliografia, constando de 8 citações, não publicada por não se enquadrar nas normas do JBU. Os eventuais interessados deverão dirigir-se aos Autores.