VOLUME 5 JULHO-SETEMBRO DE 1979 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

EDITORAL - XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE UROLOGIA

FLAGRANTES HISTÓRICOS DA SBU

AVALIAÇÃO ANGIOGRÁFICA EM HIDRONEFROSES

RIM ESPONJA MEDULAR

ESTUDO ANGIOGRÁFICO DOS QUISTOS SIMPLES DE RIM

PIONEFROSE

EMBOLIZAÇÃO SELETIVA DA ARTÉRIA RENAL NOS TUMORES RENAIS

FASCITE RETROPERITONEAL

CAVA DUPLA: AVALIAÇÃO RADIOLÓGICA

TUMOR PRIMITIVO DE URETER

TRAUMATISMO FECHADO DE URETER

REIMPLANTE DE URETER COM MOBILIZAÇÃO VESICAL E ANCORAMENTO NO PSOAS

TUMOR DA BEXIGA

ASSOCIAÇÃO DE SÍNDROME DE KLIPPEL - TRENAUNAY COM HEMANGIOMA VESICAL

FÍSTULA VÉSICO - CORPORAL: MENÚRIA

SÍNDROME DE PRUNE BELLY

URETROPLASTIA ANTERIOR COM ENXERTO LIVRE DE BEXIGA

PROSTATECTOMIA PERINEAL RADICAL

URETER BIFIDO EM FUNDO CEGO

ENSAIO CLÍNICO COM O CREME DE 5 - FLUORURACIL A 5% NO TRATAMENTO DOS CONDILOMAS ACUMINADOS INTRA - URETRAIS

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

1º Vice-Presidente:
José Oswaldo Soares

2º Vice-Presidente:
Adroaldo Rodrigues Neiva

Secretário Geral:
Aday Coutinho

1º Secretário:
Rubem de Andrade Arruda

2º Secretário:
Aparecido Nazar

3º Secretário:
Roger Guimarães Levinsh

1º Tesoureiro:
Mário dos Santos D'Annunciação

2º Tesoureiro:
José Cláudio Machado Ramalho de Azevedo

3º 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
Rua Visconde de Silva, 52 — salas 1103 — 1104 — Tel. 226-8373
CEP 22.281 — RIO DE JANEIRO (RJ).

AOS COLABORADORES

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

Todo e qualquer material deverá ser enviado à Sociedade Brasileira de Urologia, Rua Visconde de Silva, 52, salas 1103-1104, CEP 22.281, Rio de Janeiro (RJ), 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 prelo da assinatura anual é de Cr$ 300,00.

Mudança de endereços deve ser comunicada com a possível brevidade.

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.* 4ed. Philadelphia, F. A. Davis Co., 1962.231p.

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.

O nome dos autores tanto pode ser indicado por ordem alfabética, como por ordem numérica da respectiva citação no texto do artigo, prevalecendo sempre, no caso de haver mais de um no mesmo trabalho, o do primeiro citado.

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

XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE UROLOGIA

São passados quase dois anos e o Congresso se aproxima, bem como o término do mandato da atual Diretoria.

Contamos com a presença da totalidade dos companheiros para que, mais do que um Congresso, tenhamos um verdadeiro congraçamento dos urologistas e suas famílias.

As várias Comissões têm envidado esforços para propiciar um programa científico de alta qualidade e de grande aproveitamento para os jovens colegas.

Procuraremos ter a maioria das atividades efetuadas no Hotel Nacional, objetivando com isto permitir o "bom papo" nos corredores e o "drink" vespertino, propiciando novos conhecimentos e maior estreitamento de relações antigas.

As várias secções deverão eleger seus delegados eleitores e instruí-los sobre as pretensões e escolha de nomes para o próximo mandato.

A assembléia de delegados e a assembléia geral, em cada Congresso, aprimoram o estatuto, corrigindo defeitos e desfazendo arestas.

É necessário, no entanto, que cada secção elabore seu programa e demais solicitações para serem levadas ao Congresso.

A comissão encarregada do exame para Título de Especialista dará conhecimento da data e demais informações.

Pretende realizar um concurso com espírito de valorizar o título, nivelando por cima.

Dará orgulho ao colega aprovado apresentar o seu Título de Especialista.

Nós, os mais velhos, que temos o mesmo Título, sem concurso, submissos aos vários estatutos da S.B.U., possuímos um diploma gratificante, diferente dos obtidos através de exame.

Foi um dever de justiça.

Estamos esperançosos de que, com o auxílio das autoridades federais e estaduais, com a inestimável colaboração das várias comissões e a presença dos companheiros, possamos imitar os Congressos realizados anteriormente.

Até breve.

SERGIO D'AVILA AGUINAGA
(Presidente da S.B.U.)

flagrantes históricos da S.B.U.

ALBERTO GENTILE

Na sessão de 29.3.37, o Professor Angelo Pinheiro Machado Filho, Presidente da SBU, declarou empossada a Diretoria eleita na reunião anterior.

* * *

Nessa mesma sessão, Cumplido de Sant'Ana informou haver-se desincumbido da missão que lhe fora outorgada para representar a SBU na inauguração da Clínica Urológica do Professor Estelita Lins, localizada nos dois últimos pavimentos do Edifício hoje ocupado pela Casa de Saúde Santa Maria, em Laranjeiras. Descreveu, com rigorosa minúcia, os diversos Departamentos daquela Casa e enalteceu as disposições técnicas ali existentes.

* * *

Ainda na sessão de 29.3.37, o Professor Álvaro Cumplido de Sant'Ana deu conhecimento à SBU da notícia transmitida pelo Professor Maraini, de Buenos Aires, sobre a impossibilidade de o Congresso da Confederação Americana de Urologia realizar-se na Capital portenha, como estava programado.

* * *

O Professor Rolando Monteiro entregou à mesa Diretora da SBU um exemplar dos Anais do Congresso Brasileiro de Urologia, realizado no Rio de Janeiro em 1935, e que somente então estava vindo a lume, em face das dificuldades que encontrara na sua confecção tipográfica.

* * *

A SBU, por proposta do consócio Dirceu Menezes, aprovou, com aplausos, voto de louvor ao Professor Rolando Monteiro por ter levado a bom termo, *"apesar do longo período decorrido"*, os Anais do Congresso de Urologia de 1935.

* * *

O Professor Estelita Lins agradeceu à SBU a honra de a Sociedade que fundara se ter feito representar na inauguração de sua Clínica Urológica, prometendo, para outra oportunidade, transmitir a seus pares um relato completo de sua viagem científica, realizada pelos Estados do Norte do País.

O Professor Álvaro Cumplido de Sant'Ana propõe, e é aprovado com palmas, um voto de louvor ao representante da imprensa, Dr. Abelardo de Araujo, por seus relevantes serviços prestados à Sociedade Brasileira de Urologia.

* * *

Na sessão de 12.4.37, o Professor Ugo Pinheiro Guimarães participou aos consócios presentes que, em seu Curso na Cadeira de Propedêntica Cirúrgica da Faculdade Nacional de Medicina, da Universidade do Brasil (hoje UFRJ), passou a ministrar um Curso de Propedêntica Urológica, regido pelo seu Assistente, Dr. Cândido de Andrade.

* * *

Fez, ainda, o Professor Ugo Pinheiro Guimarães, comentários gratulatórios com referência ao aparecimento dos Anais do Congresso de Urologia, realizado em 1935, ressalvando, no entanto, que no mesmo foram cometidas duas grandes injustiças: (a) o de haver sido omitido o nome de Cumplido de Sant'Ana, pondo em destaque "sua extraordinária atuação no citado Certame Científico", e (b) ter sido esquecido, no item dedicado às moções, referência ao trabalho sobre "Urologia Tropical", de autoria do orador, moção essa apresentada pelos colegas estrangeiros e aprovado pelo plenário do Congresso.

* * *

O Professor Cumplido de Sant'Ana comunicou ter recebido, em 06.4.37, uma Circular da Câmara dos Deputados, datada de 11.3.37, solicitando à SBU sugestões sobre o projeto de criação da *"Ordem dos Médicos"* e lê artigos e parágrafos que regeriam essa Ordem, criticando-os e formulando modificações em seu texto.

* * *

Sobre o assunto referente à criação da Ordem dos Médicos, falou, inicialmente, combatendo-o, o Dr. Murilo Fontes. A seguir, e sobre a mesma matéria, manifestou-se o Professor Estelita Lins, com críticas à Comissão de Sindicância da Ordem a ser criada por iniciativa do Legislativo Federal, sobretudo no capítulo que disciplinava as "punições por denúncias".

Ressaltou, ainda, o quanto é perigosa a calúnia e, mais do que isso, o "sigilo sobre o nome do denunciante", e acrescenta: "A questão da Ordem dos Médicos, como está elaborado o ante-projeto, é *injuriosa, ofensiva* e *prejudicial à classe*". Fez, em continuação, restrições ao Sindicato Médico Brasileiro, pelos *"interesses políticos que têm vilipendiado a profissão"*. Propôs, finalmente, o Professor Estelita Lins que a SBU rejeitasse esse projeto, por ser "indigno e ofensivo à nobreza da classe".

* * *

O Professor Ugo Pinheiro Guimarães, com a palavra, afirmou que o projeto de criação da Ordem dos Médicos era, sem sombra de dúvida, um "instrumento soviético". Pediu que a SBU o repudiasse como "injurioso à Classe Médica" e solicitou fosse encaminhado veemente protesto à Comissão da Câmara dos Deputados, que o elaborou.

A SBU, por fim, e após longo debate, decidiu enviar telegrama ao Dr. Abelardo Marinho, Deputado classista, mostrando o "aspecto antidemocrático do projeto" de criação da Ordem dos Médicos.

* * *

Na sessão de 14.6.37, o consócio Arandy Miranda informa o plenário da SBU sobre as "démarches" havidas com referência ao 2º Congresso Americano de Urologia, a realizar-se em Buenos Aires, na Argentina.

* * *

Na ordem do dia, e merecendo comentários dos presentes, o Dr. Murilo Fontes lê interessante trabalho sobre *"Arthrite Gonococcica e seu tratamento"*.

avaliação angiográfica em hidronefroses

E. ZUNGRI — M. MIRANDA
Da Fundação Puigvert (Barcelona)

De forma genérica, entende-se por hidronefrose a dilatação da pélvis renal e dos cálices por urina não infectada; se a dilatação afecta o ureter, denomina-se uretero-hidronefrose. Entretanto, de forma geral, ambos os quadros se incluem na primeira denominação.

O único fato fixo do mencionado síndrome é a existência de uma obstrução com rim funcionante, o que provoca um aumento da pressão hidrostática e a obstrução com dilatação da porção supra-estenótica.

O número de enfermidades, que provocam este quadro, é considerável e delas depende, logicamente, o prognóstico. Não é o mesmo um quadro mínimo ou moderado de dilatação com boa função, devido a um cálculo encravado no ureter, que a dilatação, sem função, por uma fascite retroperitoneal neoplásica.

No estudo destes pacientes, empregamos os métodos angiográficos somente com o objeto de avaliação da recuperabilidade do parênquima afectado, deixando por conta da U.I.V. prolongada, a pielografia ascendente ou a punção renal, o encontrar, avaliar a causa e o nível da obstrução.

MATERIAL E MÉTODOS

Avaliamos as angiografias praticadas em 45 pacientes afetados de diversos graus de hidronefrose e que ingressaram na Fundação Puigvert entre os anos de 1972 e 1975, com causas etiológicas variáveis (Tabela I).

Em todos os casos, praticou-se a angiografia, em continuação a uma U.I.V. Todas as angiografias se realizaram pelo método de Seldinger e com técnica seletiva. A injeção foi de 10 ml de solução triiodada a 75%, injetando-se entre 1 a 4 segundos, sendo os tempos maiores nos graus mais avançados de hidronefrose, para impedir a rotura do parênquima.

De acordo com o comprimento do parênquima, classificaram-se em 4 tipos (Tabela II).

Grau I: Há somente um arqueamento leve das artérias arcadas que corresponde às imagens de arredondamento calicilar, com leve retardo funcional da U.I.V.

Grau II: Ao arqueamento das artérias arcadas, acompanha-se c as interlobares, ambas seguidas de uma leve diminuição da circulação cortical e uma tendência a lobulação fetal.

Grau III: Ao alargamento e arqueamento das arteríolas interlobares e arcadas, soma-se uma diminuição circulatória importante nas artérias interlobulares muito curtas. A artéria renal é variavelmente diminuída de diâmetro, por requerer o rim menos fluxo sanguíneo. Estes casos, normalmente, correspondem a rins com marcadíssimos retardos funcionais na U.I.V. e leve concentração do contraste.

Grau IV: Aquele em que o parênquima está reduzido a uma fina tela; vêmo-lo irrigado por vasos finos, que emergem de uma artéria renal muito reduzida e que a nível cortical dão uns ralos penachos de arteríolas interlobulares, que imigram às zonas correspondentes às pirâmides ou colunas de Bertin. Estes casos, na quase totalidade, na U.I.V., mostram uma exclusão funcional.

RESULTADOS

Estudamos 45 pacientes, cujas idades oscilaram entre 3 e 70 anos, com causas variáveis de obstrução pielureteral (Tabela I).

Os casos se classificaram em graus de acordo com as características mencionadas, o que mostrou um marcado predomínio dos tipos de maior afetação (Tabela III).

Praticamos intervenção cirúrgica em 35 pacientes, com intervenção única em 28 casos e múltipla em 7 pacientes (Tabela IV).

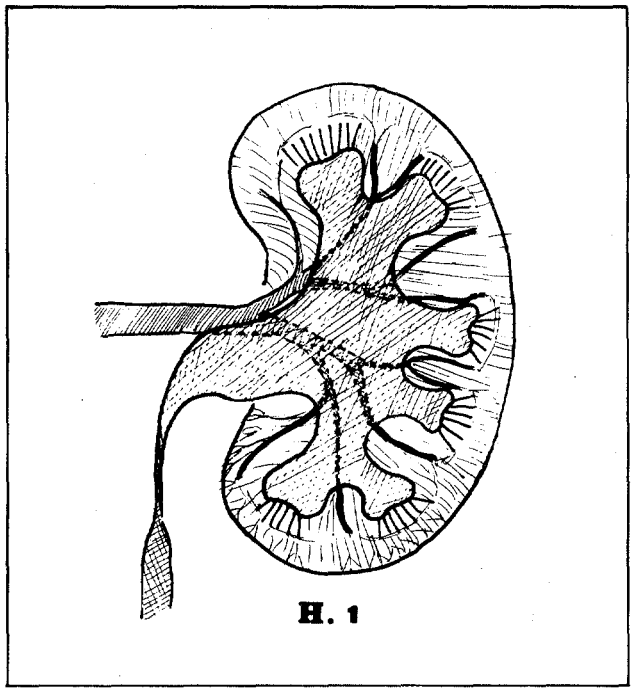
Ao avaliar a recuperação do parênquima, com respeito ao diagnóstico angiográfico, tomamos em conta as ureteropieloplastias, pielolitotomias e ureterolitotomias, devido a que o resto das intervenções cirúrgicas eram pouco homogêneas (Tabela V).

Os resultados cirúrgicos, neste grupo de pacientes, mostram que, ao serem resolvidas as obstruções de menor tempo evolutivo, como ocorreu com as litíases, o rim recupera uma boa função, ainda que em graus importantes de hidronefrose (grau III) (fig. 1).

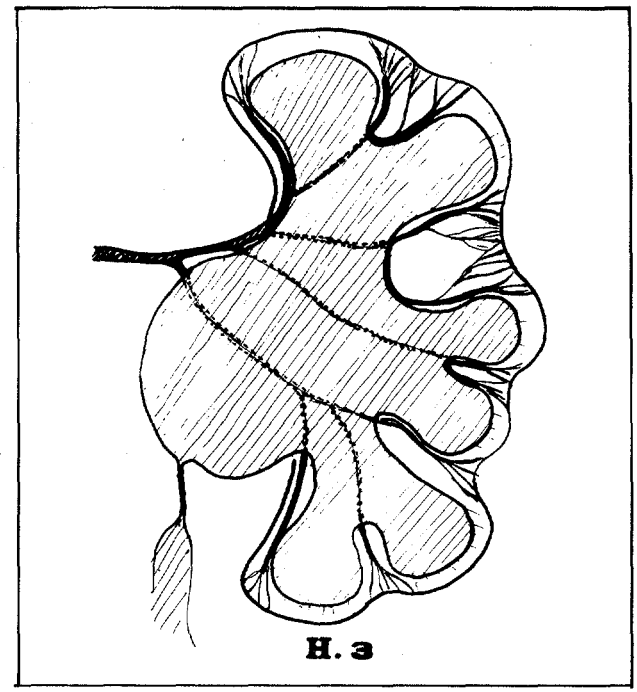
Nos processos de longa evolução, como ocorreu com as obstruções do óstio, nos graus menores (I e II), a recuperação foi sempre excelente.

Nos graus avançados (III e IV), a recuperação se produziu, somente, quando a angiografia mostrou um rim contralateral normal e o rim enfermo de bom tamanho e com morfologia normal (fig. 2).

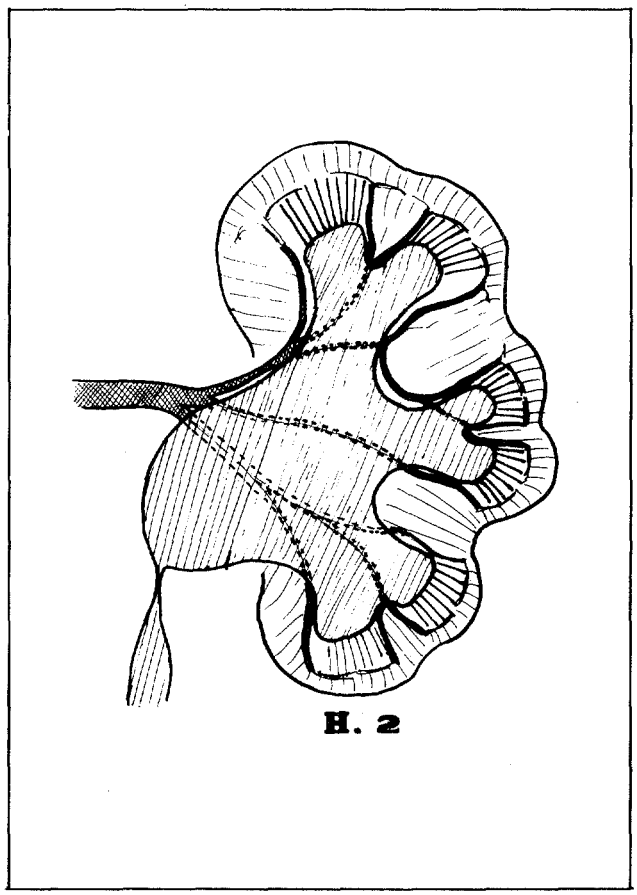
A infecção provoca lesões de pielonefrite severa e piora o prognóstico; entretanto, em um de nossos casos, praticou-se a nefrostomia de uma verdadeira pionefrose e a recuperação, logo seguida de ureteropieloplastia, foi muito boa (fig. 3).



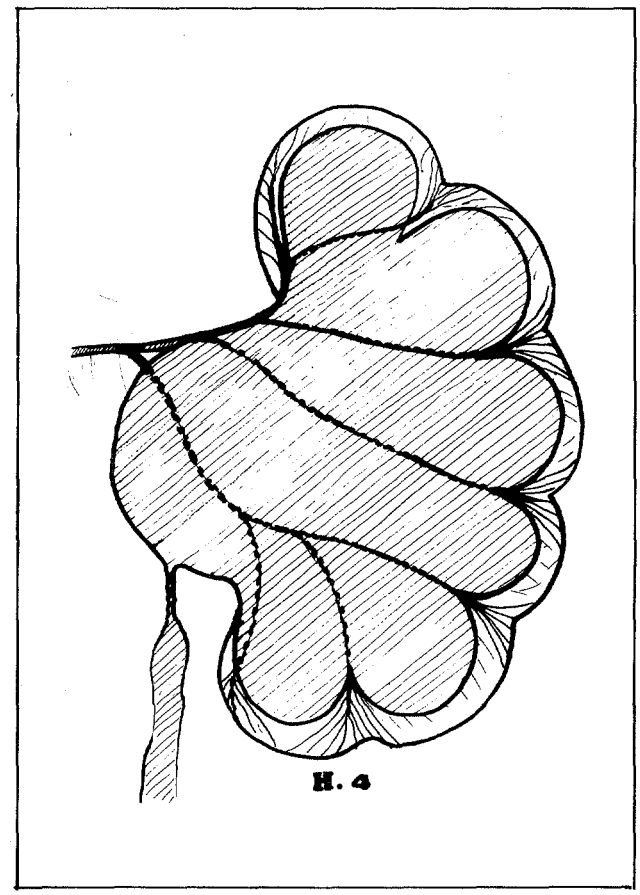
H. 1



H. 3



H. 2



H. 4

Fig. 1-A: Arteriografia. Hidronefrose tipo III com artéria renal de bom calibre, por cálculo encravado em ureter lombar.

Fig. 1-C: U.I.V. (pós-operatório). Mostra imagens calicilares tipo megacaliose; excelente função renal.

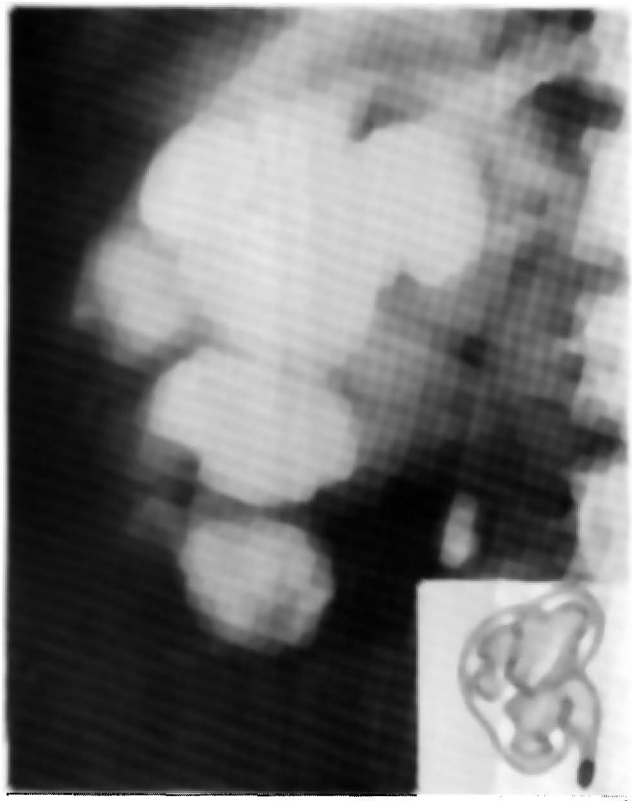


Fig. 1-B: U.I.A. (pós-arteriografia). Uretero-hidronefrose por cálculo encravado em ureter lombar.

Fig. 2-A: Arteriografia mostrando hidronefrose gigante (Grau IV), com parênquima diminuído de tamanho.

Fig. 2 -B: U.I.V. Aos 3 anos de ureteropieloplastia, mostrando boa função em rim displásico.

Fig. 3-B: U.I.V. (pós-nefrostomia seguida de ureteropieloplastia). Aceitável morfologia e função renal.

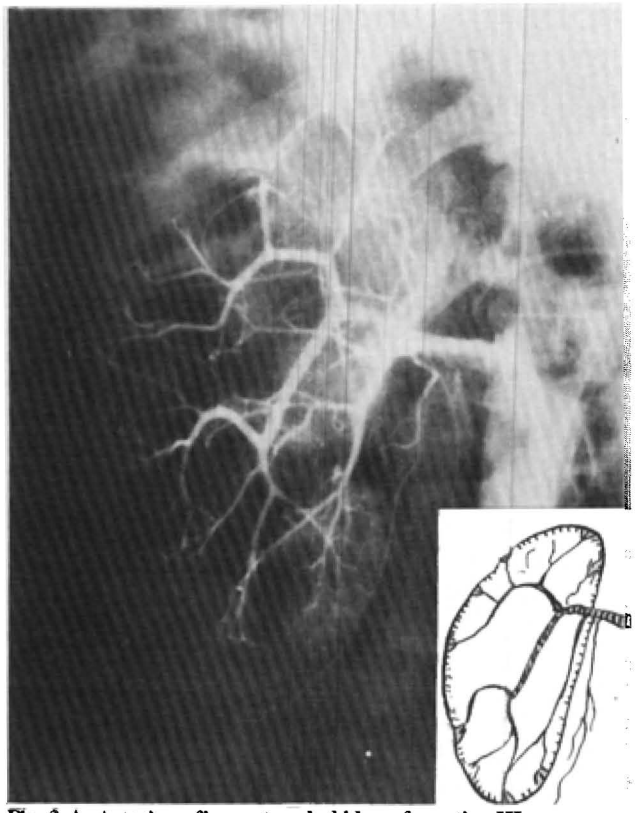


Fig. 3-A: Arteriografia mostrando hidronefrose tipo III, com vasos de trajetos sinuosos de tipo pielonefrítico.

TABELA I

Nº de casos	45
Estenose do óstio pielureteral	17
Obstrução por litíase	12
Obstrução do ureter terminal	4
Afetação retroperitoneal	3
Vaso polar	2
Estenose tuberculosa da pélvis	1
Tumor da pélvis renal	1
Desconhecido	5

TABELA III

GRAUS DE HIDRONEFROSE:

Grau I	8
Grau II	7
Grau III	16
Grau IV	14
TOTAL	45

TABELA IV

TRATAMENTO CIRÚRGICO:

Nº de pacientes operados	35
Nº de intervenções praticadas	42
Nefrectomia	14
Ureteropieloplastia	13
Ureterolitotomia	5
Pielolitotomia	3
Nefrostomia	3
Ureterólises	1
Intraperitonização ureteral	1
Reimplante ureteral	1
Ureterostomia cutânea	1

TABELA V

RESULTADOS

Diagnóstico angiográfico	Nº casos	Resultado cirúrgico Bom	Mau
Grau I	3	3	—
Grau II	3	3	—
Grau III	5	2	3
Grau IV	2	1	1
URETEROLITOTOMIA Diagnóstico angiográfico	Nº casos	Resultado cirúrgico Bom	Mau
Grau I	2	2	—
Grau II	1	1	—
Grau III	2	2	—
Grau IV	—	—	—
PIELOLITOTOMIA Diagnóstico angiográfico	Nº casos	Resultado cirúrgico Bom	Mau
Grau I	1	1	—
Grau II	2	2	—
Grau III	—	—	—
Grau IV	—	—	—

DISCUSSÃO

O valor da angiografia no estudo do síndrome hidronefrótico é útil e possui a lógica de sua aplicação [2,10,11] . Um parênquima funcionante requer uma adequada circulação; o dano da mesma, objetivado pela angiografia, permite calcular a possibilidade de função do parênquima ou seu grau de recuperabilidade [1,2,4,9] .

O estudo angiográfico mostra, ademais, com clareza excepcional, o agregado de lesões de nefroangioesclerose, ou pielonefrite crônica, que em igual função ensombram o prognóstico.

Por outro lado, e de forma clara, pode-se afirmar que é o calibre da artéria renal que dará a pauta da recuperação funcional do parênquima [10] . Em todos os casos em que se encontrou uma artéria renal de bom calibre (apesar da hidronefrose importante, graus III ou IV), se o rim oposto era de características normais, sempre vimos que se produzia uma recuperação funcional.

Cremos que a angiografia, no estudo da hidronefrose, tem lugar somente ante um rim excluído à U.I.V., pois vê-se claramente, pelo estudo de nossos casos, que os graus menores de hidronefrose (I e II) mostram recuperação renal em praticamente todos os casos (Tabela IV).

Nos rins dilatados e funcionantes, a realização de uma nefrostomia por punção, sob controle radioscópico, além do efeito descompressor, permite o estudo da urina e, ao longo do tempo, avaliar a recuperabilidade do parênquima e planear, por injeção anterógrada (na sonda), a tática cirúrgica a seguir.

CONCLUSÕES

Deve-se somente empregar a angiografia renal em hidronefrose quando não se objetiva função renal na U.I.V. por perfusão e prolongada.

A angiografia é de mau prognóstico quanto à recuperabilidade do parênquima, não mostrando na maioria dos casos a etiologia do síndrome.

Removido o obstáculo, podemos esperar:

a) um rim normal, outro com hidronefrose moderada (I ou II) é igual a melhoria do enfermo.

b) um rim normal, outro com hidronefrose marcada (III ou IV):

III: hidronefrose com boa artéria renal = melhoria.

IV: hidronefrose com má artéria renal = falta de recuperação.

c) rim hipertrófico, outro rim com hidronefrose = falta de recuperação.

d) rins hidronefróticos em etapa de retração = falta de recuperação.

RESUMO

Analisamos os resultados do estudo de 45 pacientes afetados de síndrome hidronefrótico por diferentes patologias obstrutivas.

Avaliamos por evolução os resultados diagnóstico-prognóstico dos estudos angiográficos.

Concluímos com a especificação de quando se devem empregar os dados a ter em conta, que determinam a possibilidade ou não de recuperação do parênquima renal, se aplicarmos métodos cirúrgicos conservadores.

SUMMARY

The AA. review 45 cases of hydronephrosis by different obstructive nephropathies. They evaluate the results of angiographic studies with reference to diagnosis and prognosis.

BIBLIOGRAFIA

1) HINMAN, F. (Jr.). The Pathophysiology of Urinary Obstruction. *Urology*, vol. I; 313-348, chapter 9. Edit. Campbell and Harrison. W. B. Saunders Company. Philadelphia, Toronto, London (1970).

2) IDHOHRN, H. & MUREN, A. Renal blood flow in experimental hydronephrosis. *Acta Physiol. Scandinav*, 38:200-206 (1956).

3) LALLY, A. F. Percutaneous translumbar pyelography. *Radiology*, 90:891-894 (1968).

4) MURNAGHAN, G. F. The dynamics of the renal pelvis and ureter with reference to congenital hydronephrosis. *Brit. J. Urol.*, 30:321-324 (1958).

5) VELA NAVARRETE, R. Dinámica renal en las hidronefrosis durante los episódios de obstrucción. *Rev. Clin. Española*, 133:223-230 (1974).

6) VELA NAVARRETE, R. Chronic obstructive nephropathy. Prognostic studies with translumbar pyelography and aspiration of urine. *Urology*, 5:89-93 (1975).

7) WALSH, P. C., KAUFMAN, J. J., SMITH, R: B. & GOODWIN, W. E. Percutaneous anterograde pyelography in hydronephrosis. Preoperative assessment. *Urology*, 1:537-540 (1973).

8) WEENS, H. G. & FLORENCE, F. J. The diagnosis of hydronephrosis by percutaneous renal puncture. *J. of Urol.*, 72:588-592 (1954).

9) WIDEN, T. Retraction of kidney function after induced urinary stasis of varying duration. *Acta Chir. Scandinav.*, 131:507-512 (1957).

10) ZUNGRI, E. Critérios de recuperabilidad en hidronefrosis. 39° Curso de Urologia. Fund. Puigvert, Barcelona (1975).

11) ZUNGRI, E. Hidronefrosis. 1° Curso sobre Angiografia renal. Soc. Brasileira de Urologia. Pará (Belém) — (1976).

rim esponja medular

OTTO HENRIQUE TORRES CHAVES — C. BRAGA NETTO
Do Serviço de Urologia do Hospital São Francisco de Assis (Belo Horizonte).

A doença cística da pirâmide renal é uma entidade clínica e radiológica relativamente rara. Os achados radiológicos da doença foram originalmente relatados por Lenarduzzi (1939), e foi inicialmente designada como "rim esponja", por Cacchi e Ricci, no 25° Congresso da Sociedade Italiana de Urologia, em 1948. No ano seguinte, Powell descreveu os achados patológicos e Cacchi e Ricci relataram 5 casos. Vermooton (1951), independentemente, descreveu a entidade como "dilatação cística congênita dos túbulos coletores".

Di Sieno e Guareschi (1956) chamaram a entidade de "rim esponja medular".

INCIDÊNCIA

Até agora, existem pouco mais de 250 casos publicados, e a doença é provavelmente mais comum do que o número de casos parece indicar, visto que muitos mais têm sido identificados, mas não formalmente relatados. A maioria destes casos foi relatada por italianos, e é uma entidade raramente mencionada na literatura americana.

ETIOLOGIA

A maioria dos investigadores acreditam que o rim esponja medular é um defeito congênito, que ocorre durante o desenvolvimento dos túbulos coletores. Outros acreditam que representam um estágio de transição do rim policístico. A causa do rim esponja medular é desconhecida. Várias teorias têm sido propostas, tendo em consideração a causa dos rins policísticos, mas nenhuma foi provada. As teorias mais comuns são:

1) metabólica
2) inflamatória
3) neoplástica
4) defeito embriológica

As primeiras três teorias não foram comprovadas e a última é a mais plausível.

Das três teorias de defeito embriológico, as que são mais largamente aceitas são as de Mckenna e Kampmeier, Norris e Herman, e Lambert. Mckenna e Kampmeier dividiram o desenvolvimento do rim em três zonas, chamadas:

1) vestigial
2) provisional
3) de crescimento

Acreditam que os túbulos contornados das zonas vestigiais e provisionais não são permanentes, e podem vir a ser separados dos túbulos coletores. Estes túbulos ou atrofiam ou se ligam a túbulos coletores de outra zona. Se isto não ocorrer, desenvolvem-se cistos permanentes.

Os fatores responsáveis pela segregação e localização destes cistos nas pirâmides da medula, e sua ausência no córtex, não estão bem esclarecidos.

PATOLOGIA

O achado patológico mais importante desta doença é a presença de múltiplas pequenas cavidades císticas, em uma ou várias pirâmides de um ou ambos os rins, conferindo-lhes uma aparência esponjosa.

O processo é freqüentemente bilateral, podendo envolver todas as pirâmides do rim afetado e, excepcionalmente, pode estar confinado a uma ou algumas pirâmides de um dos rins.

Os cistos variam em tamanho de 1 a 3 mm, sendo usualmente redondos. Eles envolvem os cálices terminais como "um ramo de flores ou um cacho de uvas", e são confinados estritamente à porção piramidal da zona medular.

Cálculos podem estar presentes nas cavidades císticas de um ou ambos os rins (64% dos casos), e são resultado da retenção e precipitação de sais urinários, sendo observados em casos com infecção e sem infecção. Ocasionalmente, um ou mais cálculos rompem a parede do cisto e vão dar em um cálice ou na pelve, causando cólica renal ou ureteral.

A infecção é um achado em aproximadamente 50% dos casos, e a bactéria isolada em muitos casos é predominantemente *E. Coli.*

IDADE

O rim esponja medular ocorre em pacientes de qualquer idade, mas é mais freqüentemente sintomático e então diagnosticado na quarta, quinta e sexta décadas da vida.

SEXO

A doença é mais freqüentemente relatada no sexo masculino (2,5:1), que no feminino.

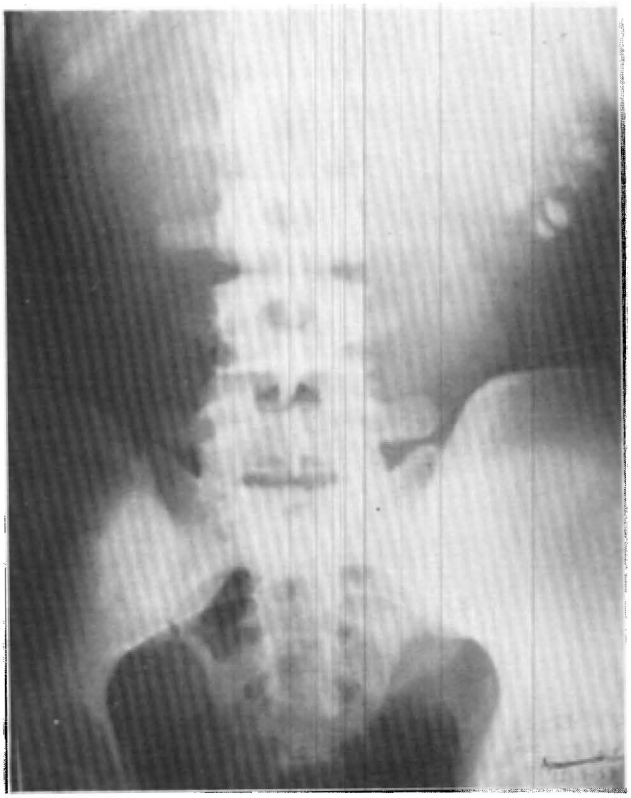


Fig. 1 — RX simples de abdômen, evidenciando calcificações inúmeras, pequenas, arredondadas e afiladas, na projeção rim E. (1959).

Fig. 3 — Urografia excretora de 1 9 5 9 , evidenciando: rim direito essencialmente normal. Rim esquerdo com estriações lineares das extremidades de cálices, dirigindo-se para pirâmides, algumas em "leque", inúmeras cavidades císticas com aspecto de "cacho de uva".

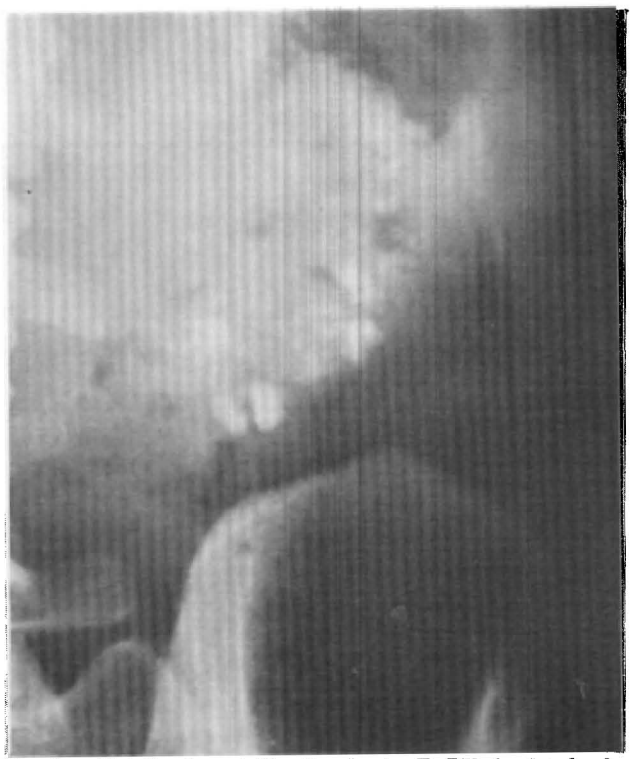


Fig. 2 — Detalhe das calcificações do rim E. RX simples de abdômen (1959).

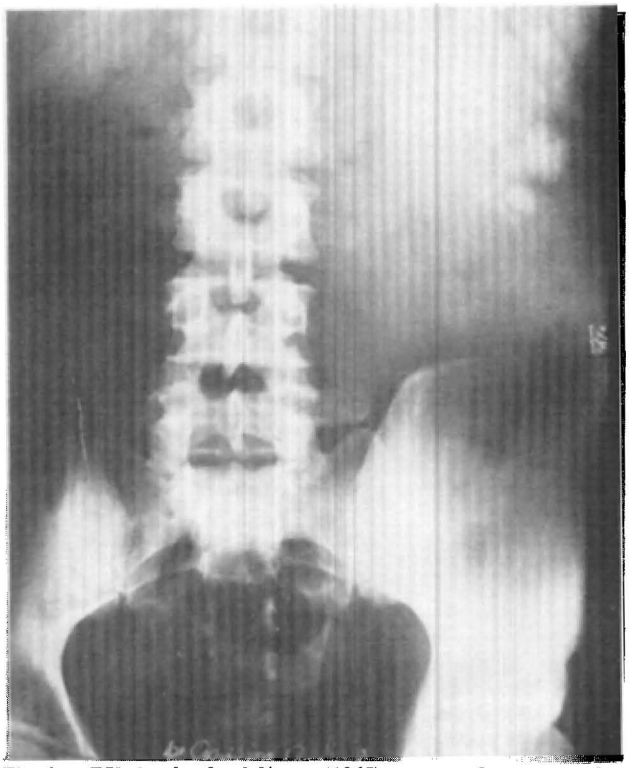


Fig. 4 — RX simples de abdômen (1965), mostrando aumento das calcificações do rim esquerdo.

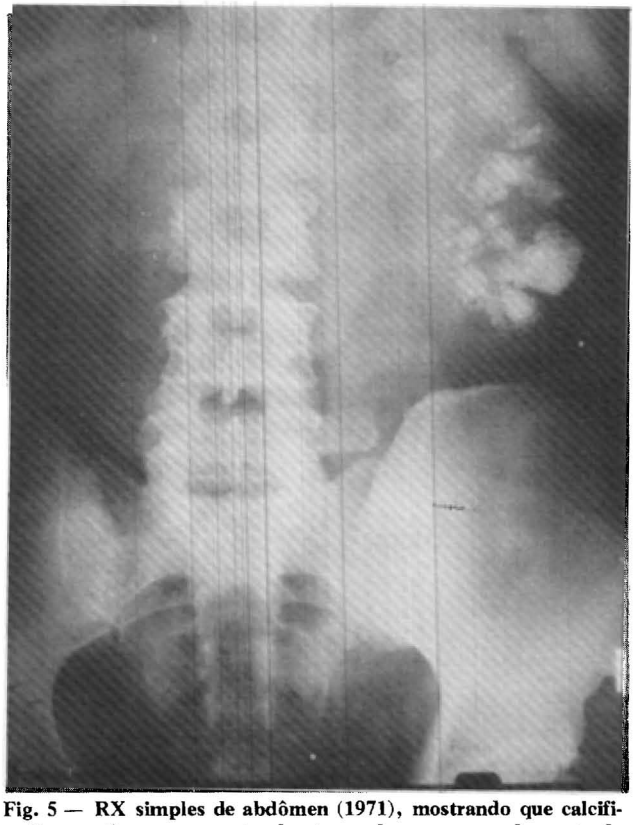


Fig. 5 — RX simples de abdômen (1971), mostrando que calcificações continuam aumentando, tomando agora grande parte do pólo superior do rim 'E'.

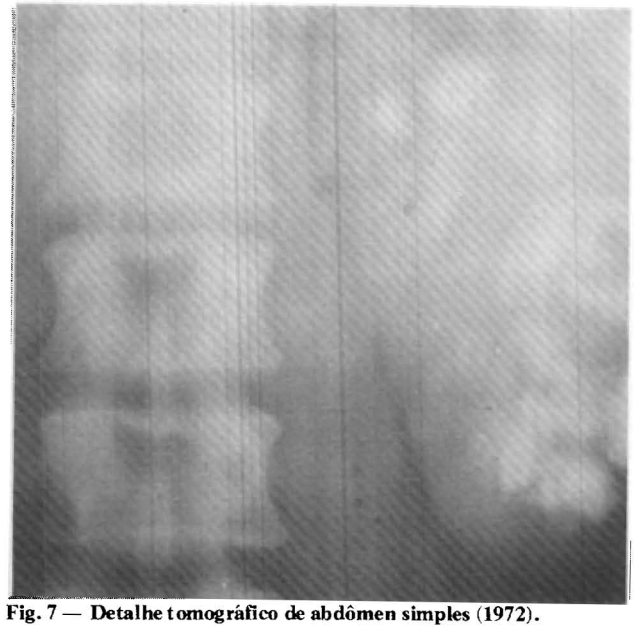


Fig. 7 — Detalhe tomográfico de abdômen simples (1972).

Fig. 6 — RX simples de abdômen de urografia excretora (1972), evidenciando então calcificações em relação ao cálice superior do rim direito, até então sem lesões. O rim esquerdo continua com aumento progressivo de calcificação.

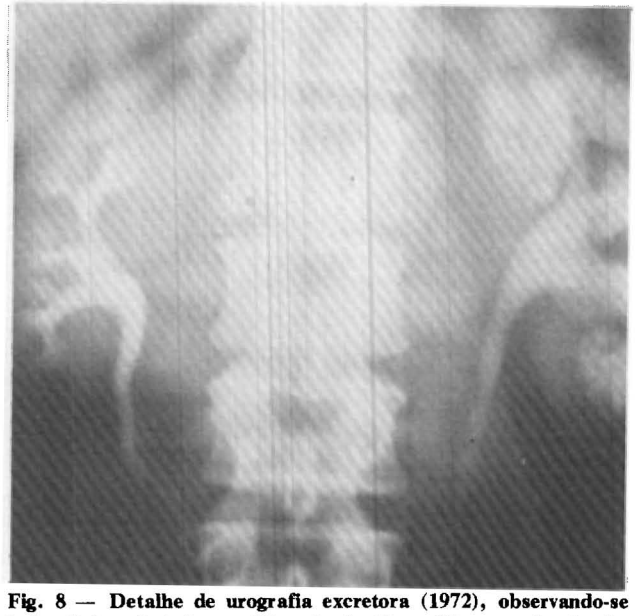
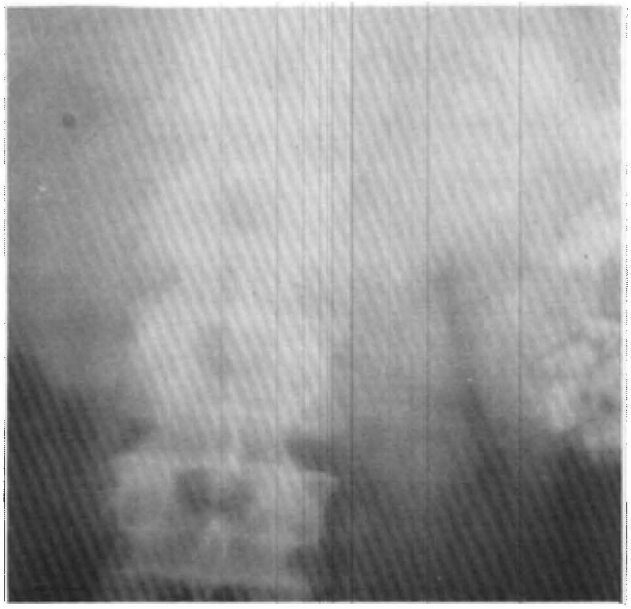


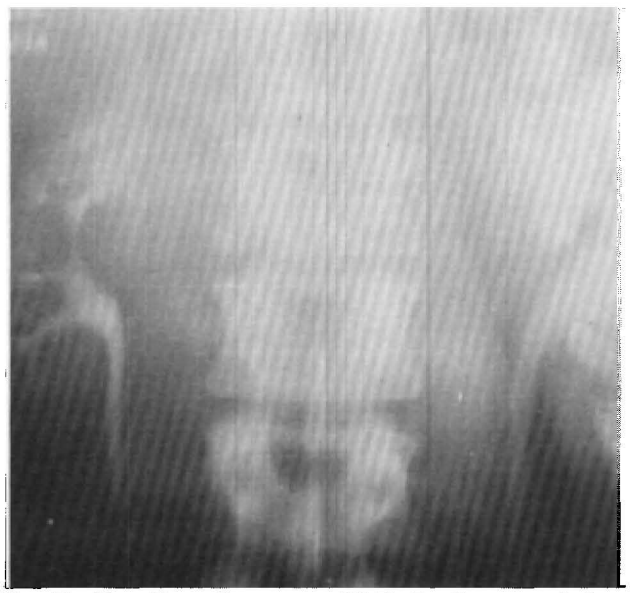
Fig. 8 — Detalhe de urografia excretora (1972), observando-se lesões típicas de todos os cálices do rim E, e cálice superior do rim D.

Fig. 9 — Chapa panorâmica de urografia excretora (1972), mostrando ureter e bexiga sem alterações.

Fig. 11



Figs. 10 e 11 — RX simples (detalhe) e urografia excretora (1975), notando-se a progressão das calcificações e do acometimento renal.



Figs. 12 e 13 — Urografia excretora (1977). Detalhe e panorâmica, onde se pode ver bem a lesão do cálice superior do rim direito e o aspecto atual do rim esquerdo.

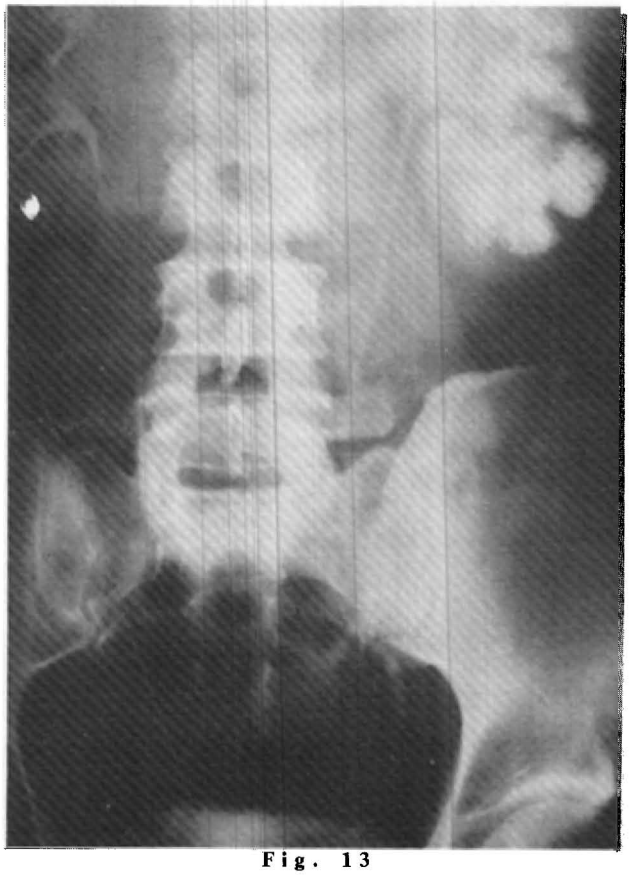


Fig. 13

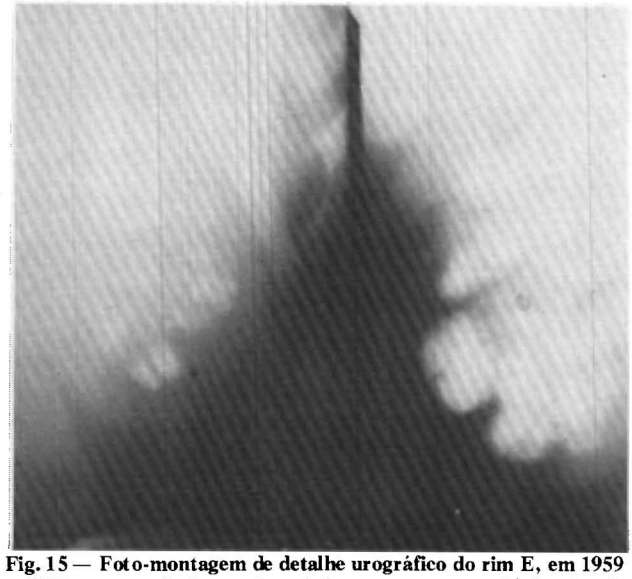


Fig. 15 — Foto-montagem de detalhe urográfico do rim E, em 1959 e 1977, mostrando formações císticas com aspecto de "cacho de uva", a evolução e grande diminuição do córtex renal, neste período.

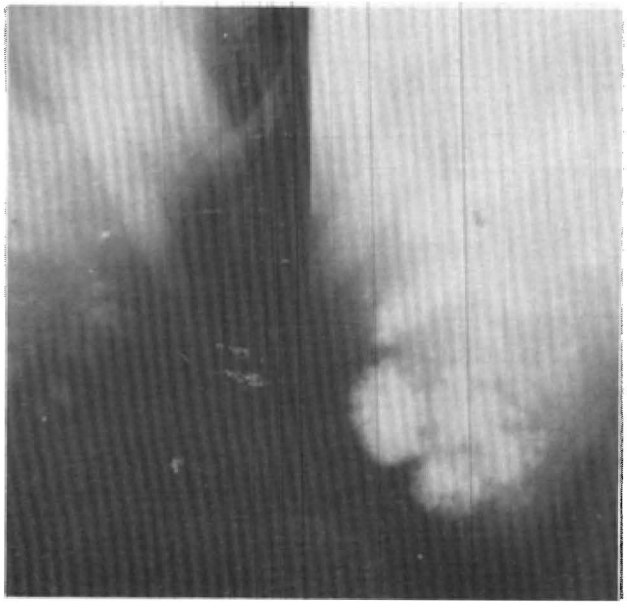


Fig. 14 — Fotomontagem das calcificações do rim E, em 1959 e 1977, evidenciando sua progressão.

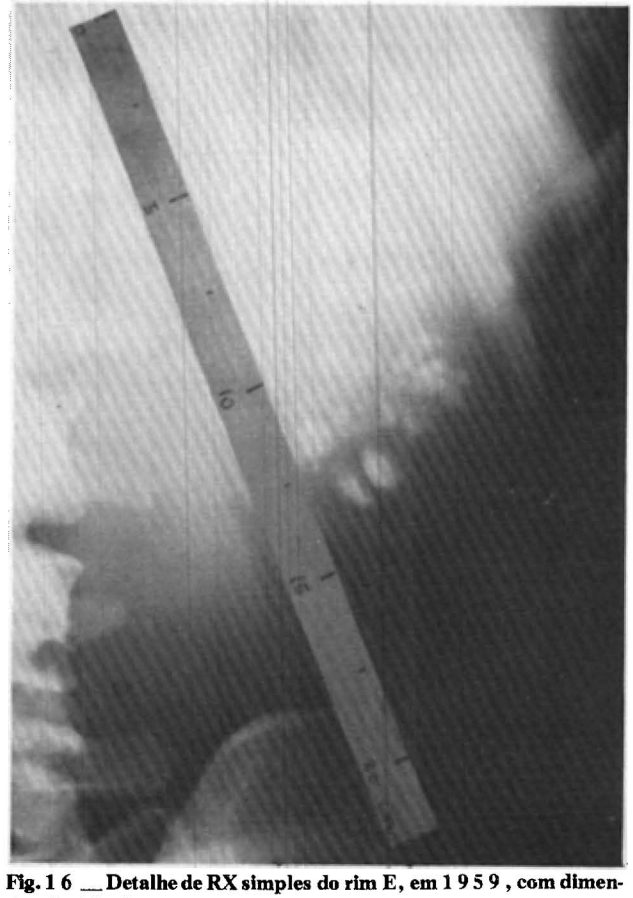


Fig. 16 — Detalhe de RX simples do rim E, em 1959, com dimensão de 14x 6 cm.

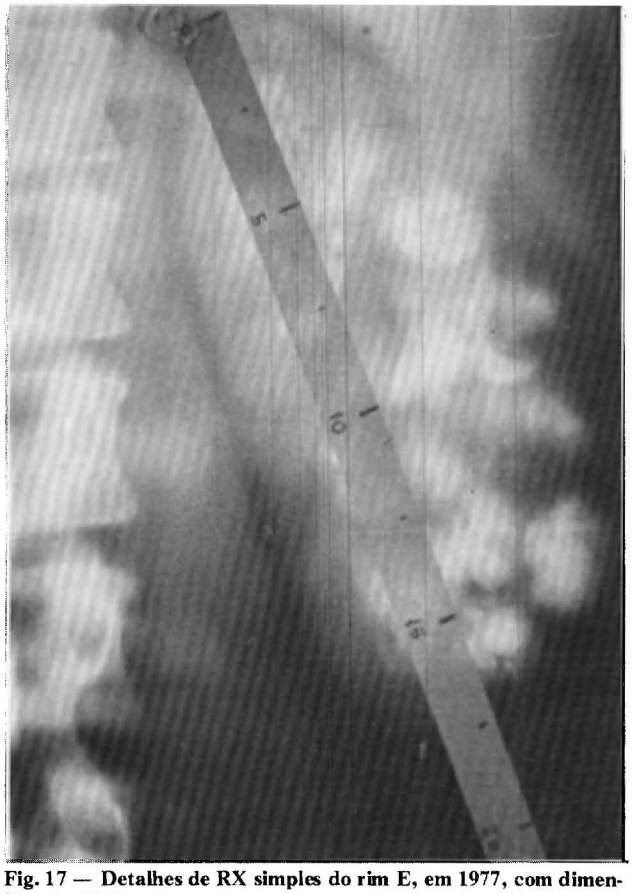


Fig. 17 — Detalhes de RX simples do rim E, em 1977, com dimensões de 18,5 x 8 cm.

SINAIS E SINTOMAS

Não há quadro clínico específico do rim esponja medular; quando ocorrem sinais ou sintomas, eles são devidos a complicações da doença, tais como infecção, formação de cálculo ou obstrução. Na ordem de freqüência, temos:

1) hematúria
2) piúria
3) dor em área renal
4) passagem de cálculo.

A função renal usualmente não é muito alterada. Estudos de função renal, em separado, revelam uma deterioração na capacidade de concentração urinária, bem como uma moderada depressão na excreção de uréia, creatinina e cloretos; entretanto, em pacientes com rim esponja medular unilateral, a concentração urinária e excreção alterada são usualmente normais, o que se atribui a compensação do rim contralateral.

ACHADOS RADIOLÓGICOS

O filme simples do abdômen é negativo, a menos que existam cálculos nos cistos.

Na urografia excretora, evidencia-se o característico aspecto de múltiplos pequenos cistos em "cachos de uva", ocupando uma ou várias pirâmides do rim afetado.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do rim esponja medular é baseado, essencialmente, nos achados radiológicos, e os mesmos, bem como os diagnósticos diferenciais, são discutidos em detalhe por Lindvall.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

Outras doenças renais podem apresentar achados radiológicos sugestivos de rim esponja medular. As mais importantes são:

1) tuberculose
2) necrose papilar
3) divertículo calicial
4) nefrocalcinose.

A história clínica e os achados radiológicos e laboratoriais, cuidadosamente interpretados, fazem o diagnóstico diferencial.

TRATAMENTO

Não existe tratamento específico para o rim esponja medular, devendo o paciente ser mantido sob controle periódico, na tentativa de identificação precoce de possíveis complicações, instituindo-se o tratamento apropriado.

A cirurgia é contra-indicada em casos do rim esponja medular bilateral, desde que não existam complicações sérias. A nefrectomia total ou parcial deve ser reservada para aqueles casos com complicações importantes, em que os resultados podem vir a salvar a vida do paciente.

PROGNÓSTICO

O prognóstico do rim esponja medular é bom e a doença compatível com uma expectativa de vida normal, desde que não ocorra infecção severa e extensa formação de cálculos, o que levaria a uma deterioração renal progressiva.

APRESENTAÇÃO DO CASO

A.B.V., 41 anos, branco, engenheiro, casado. Aos 23 anos de idade, iniciou com dor lombar E., constante, sem irradiação, tipo peso. Procurando tratamento no Rio de Janeiro, aí se constataram, após estudo radiológico, várias calcificações na projeção do rim esquerdo, sendo indicada uma urografia ex-

cretora (25/4/1959), que evidenciou: calcificações inúmeras, pequenas, arredondadas e afiladas na projeção do rim E., localizadas em maior número no pólo inferior. Após a injeção do contraste, há pronta concentração e eliminação por ambos os rins, evidenciando um rim direito essencialmente normal, com dimensões de 11 x 4,5 cm, e o esquerdo com estriações lineares, estendendo-se da extremidade dos cálices em direção às pirâmides, algumas com um aspecto de leque, com inúmeras cavidades císticas, algumas com pequenas sombras de densidade cálcica, formando aglomerados, com aspecto de cacho de uva, com perda de nitidez do contorno calicial e dimensões de 14 x 6 cm com 1,5 cm de córtex no pólo inferior e 3 cm no pólo superior.

Procurou vários urologistas, tendo sido levantadas hipóteses de tuberculose, nefrocalcinose e, inclusive, tumor renal, que não foram confirmadas em exames posteriores, fazendo tratamento de infecção urinária, quando se isolava alguma bactéria em exames de urina periódicos, e com desconforto lombar freqüente.

Repetiu-se o estudo urográfico em 1965, evidenciando um moderado aumento das calcificações do rim E., sem alteração significativa das dimensões renais. Nova avaliação, repetida em 17/5/1971, evidenciou que as calcificações aumentaram, tomando grande parte do pólo superior do rim E., agora, com 15 x 7,5 cm de dimensão. No rim direito, observam-se, na pirâmide em relação ao cálice superior, sinais sugestivos de acometimento daquela porção deste rim.

Em 1972, o paciente foi acometido por cólica renal direita, tendo expelido um pequeno cálculo após tratamento clínico, e o diagnóstico de rim esponja medular foi feito, após urografia excretora de controle, realizada nesta oportunidade, evidencinado então que, no rim E., havia calcificações em relação a todos os cálices e sua dimensão era de 16 x 8 cm, com córtex variando de 0,5 a 1,0 cm e o aparecimento de pequenas calcificações em relação ao cálice superior do rim E.

O paciente repetiu o estudo urográfico, em 1975 e 1977, com o aspecto das calcificações do rim E tendo continuado sem grande alterações e a dimensão do mesmo, na última avaliação, sendo de 18,5 x 8,00 cm, com a córtex variando de 0,5 a 1,0 cm. Houve aumento significativo das calcificações em relação ao cálice superior de rim D, que permaneceu com suas dimensões inalteradas.

Foi-nos possível ter acesso a exames de urina realizados desde 1971, até a presente data, em número de 15, nos quais se evidenciam a densidade urinária com variações desde 1005 a 1022, o pH desde 5 a 7, e uma piúria moderada constante em todos os exames. Em oito culturas realizadas, foram isoladas, em 3 oportunidades, respectivamente:

E. Coli, 80.000 col (1972).
Staph. Pyogenes, 70.000 col (1973).
Strep. Viridans, 1.000.000 col (1977)

Os demais exames laboratoriais não evidenciaram alterações.

Uréia sanguínea: 24 mg%
Creatinina sérica: 1,2 mg%.
Cálcio sanguíneo em três dosagens: 9,3 mg%, 9,4 mg%, 9,6 mg%.
Fósforo inorgânico em três dosagens: 4,7 mg%, 4,3 mg%, 4,6 mg%.
Cloretos: 108 mEq /1.
Ra: 27 mEq/1.
Fosfatase alcalina: 3,8 U.
Cálcio urinário: 186 mg/24 hs.
Proteínas totais: 5,9 mg%, com 3,5 g% de albumina e 2,4 g% de globulina.

RESUMO E CONCLUSÕES

O interesse do caso apresentado não se prende apenas ao fato da doença incomum, mas o acompanhamento radiológico das alterações, apresentadas em 18 anos, é importante, visto contradizerem os achados de Lindvall, que não notou alterações apreciáveis nos estudos radiológicos nesse período, o que nos faz especular no sentido de que fatores desconhecidos ainda, metabólicos ou etiopatogênicos, possam alterar o curso da evolução do rim esponja medular com o aparecimento de complicações, principalmente litogênicas, que sem dúvida apressam a deterioração da função renal, como no caso apresentado.

SUMMARY

The case of medullary sponge reported is very interesting, not only because it's a really uncommon disease, but also because the 18-year follow-up of the patient allowed a radiographical study of renal alterations, specially including lithogenesis.

BIBLIOGRAFIA

1) CACCHI, R. & RICCI, V. Sur une rare maladie kystique multiple des pyramides rénales, le "rein en éponge." *J. d'Urol.,* 55:497, 1949.
2) EKSTROM, T., ENGFELDT, B., LAGERGREN, C. & LINDVALL, N. Medullary Sponge Kidney. Stockholm. Almqvist & Wiksell, 1959.

3) ABESHOUSE, B. S. & ABESHOUSE, G. A. Sponge Kidney: a review of the literature and a report of five cases. *J. Urol.*, 84:252, 1960.
4) MURPHY, W. K., PALUBINSKAS, A. J. & SMITH, D. R. Sponge Kidney: report of seven cases. *J. Urol.*, 85:866, 1961.
5) LEVIN, N. W., ROSENBERG, B., ZWI, S. & REID, F. P. Medullary cystic disease of the kidney, with some observations on ammonium excretion. *Amer. J. Med.*, 30:807, 1961.
6) STEYN, J. & LOGIE, N. J. Medullary Sponge Kidney. *Brit. J. Urol.*, 36:482, 1964.
7) RAM, M. D. & CHISHOLM, G. D. Cystic disease of renal pyramids (medullary sponge kidney). *Brit. J. Urol.*, 41:280, 1969.
8) SPENCE, H. M. & SINGLETON, R. What is sponge kidney disease and where does it fit in the spectrum of cystic disorders? *J. Urol.*, 107:176, 1972.
MIYAGISHI, Unilateral Medullary Sponge Kidney: Report of a case with some observations on urine osmotic pressure.
9) KIN-ICHI IGAWA & TAKEHIRA MIYAGISHI, Unilateral Medullary Sponge Kidney: Report of a case with some observations on urine osmotic pressure.

estudo angiográfico dos quistos simples de rim

E. ZUNGRI — M. MIRANDA — N. MALLO
Da Fundação Puigvert (Barcelona).

É muito freqüente, na prática diária, encontrarmo-nos diante da dúvida no caso de um paciente apresentando uma imagem de massa renal, que, explorada, faz presumir que se trata de um quisto renal.

Ante este diagnóstico e, sobretudo, se se trata de um possível quisto solitário, deve-se avaliar a utilidade de operar ou não.

Se temos a certeza de que se trata de quisto, considerando a clínica do paciente, a possível sintomatologia que provoca, a repercussão sobre a função renal etc., podemos seguir uma conduta expectante; porém, em muitas ocasiões, os pacientes são operados pela suspeita de estarmos em presença de quistos com tumor na sua base[4,8], ou de tumores pouco vascularizados.

Nossa intenção é, ante um grupo de pacientes estudados na Fundação Puigvert, analisar os métodos diagnósticos empregados e calcular as possibilidades de certeza dos mesmos.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudamos, de forma retrospectiva, 120 pacientes que consultaram por sintomatologias diversas e nos quais se praticou uma U.I.V., que assentou o diagnóstico de quisto ou massa renal". Em todos os pacientes, foi efetuada uma angiografia e em todos o diagnóstico foi de quisto simples.

Praticamos arteriografias renais, para avaliar a circulação do parênquima, a irrigação ou não da tumoração e a repercussão dela sobre o tecido subjacente.

Apreciamos nos tumores os grandes ou pequenos vasos neoformados, o retardo de imagens com "pooling" da circulação, por existência de lagos venosos ou o retorno venoso precoce, quando existem "shunts" artério-venosos.

Nos quistos, buscamos a falta de irrigação dos mesmos, o afinamento progressivo do córtex que o rodeia, o oco nefrográfico, por falta de contraste iodado a seu nível, e a circulação periquística[7].

Em alguns casos, realizou-se nefrotomografia[3,5,6], estudos com vasoconstrictores[10] ou punção[3,5,7,11,12].

RESULTADOS

Dos 120 pacientes estudados, 45 não foram operados, por considerar-se que o diagnóstico era claro e que a falta de repercussão sobre o rim não justificava a intervenção.

A evolução destes pacientes demonstrou que, em todos eles, a conduta seguida foi acertada.

Os 75 pacientes restantes foram operados, todos com o diagnóstico de quisto renal. Neste grupo, encontramos 69 pacientes nos quais a intervenção e o estudo anatomopatológico confirmaram o diagnóstico e 6 nos quais os estudos uroangiográficos falharam ou foram mal interpretados.

Na tabela I, resumimos a história clínica e o diagnóstico anatomopatológico dos casos-problemas.

O primeiro, na U.I.V., apresentava um aumento de densidade a nível da imagem tumoral, que normalmente não corresponde à densidade de um quisto[12,13], e o grupo calicilar médio estava praticamente excluído. Na angiografia, a tumoração, ainda que sem sinais clássicos de carcinoma renal, está circunscrita por vasos finos irregulares, faltando o afinamento uniforme e progressivo do córtex renal sobre o quisto[5] (fig. 1).

O caso nº 2 possuía V.S.G. enormemente acelerada e a tumoração praticamente avascular, porém, apresentava uns finos vasos irregulares, que a marcavam[3]; ademais, a massa comprimia os grupos calicilares e basculava o rim (fig. 2).

O terceiro caso, por outro lado, mostra uma U.I.V., que faz presumir a existência de rins quísticos múltiplos; as análises de rotina eram praticamente normais e a arteriografia mostrava a total avascularização do tumor e o afinamento uniforme do parênquima nas bordas do quisto[4].

No caso nº 4, à falta total de sintomatologia somava-se o deslocamento do eixo renal, com uma cortical uniformemente afinada sobre uma tumoração circunscrita só por pequenos vasos periféricos.

O quinto caso é de uma mulher jovem, sem antecedentes, que mostra uma U.I.V. com afetação múltipla, com exclusão de grupo calicilar médio, dilatação do inferior por estenose dos colos calicilares, lesões de ureterites visíveis na urografia e confirmadas pela angiografia, que mostra um aumento da circulação da artéria piélica e ureteral superior.

No caso nº 6, puncionou-se pela sintomatologia local, sendo angiograficamente um quisto simples. A citologia do líquido foi tumoral e a injeção de contraste mostrou grossas paredes irregulares e ocupação da luz por massas compactas (figs. 3, A e B).

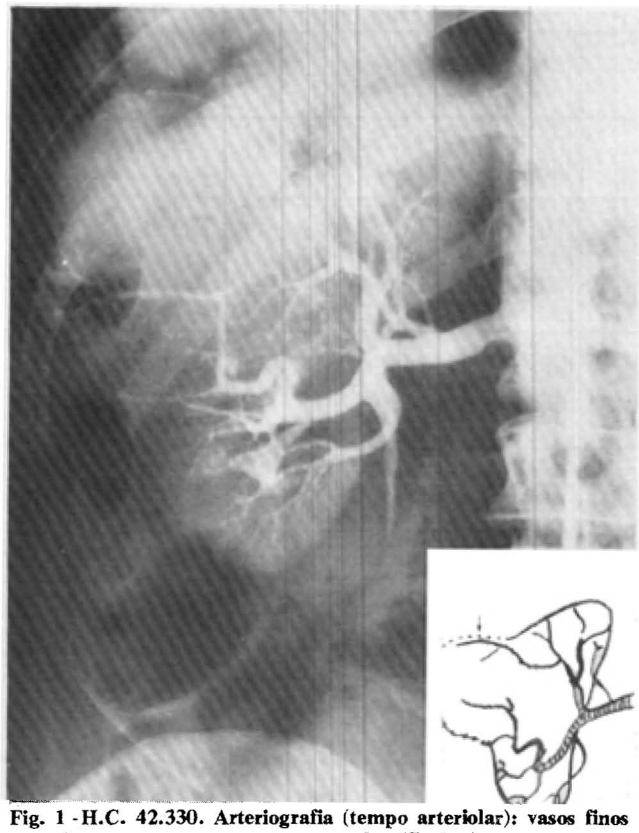


Fig. 1 - H.C. 42.330. Arteriografia (tempo arteriolar): vasos finos que circunscrevem tumoração avascular (flechas).

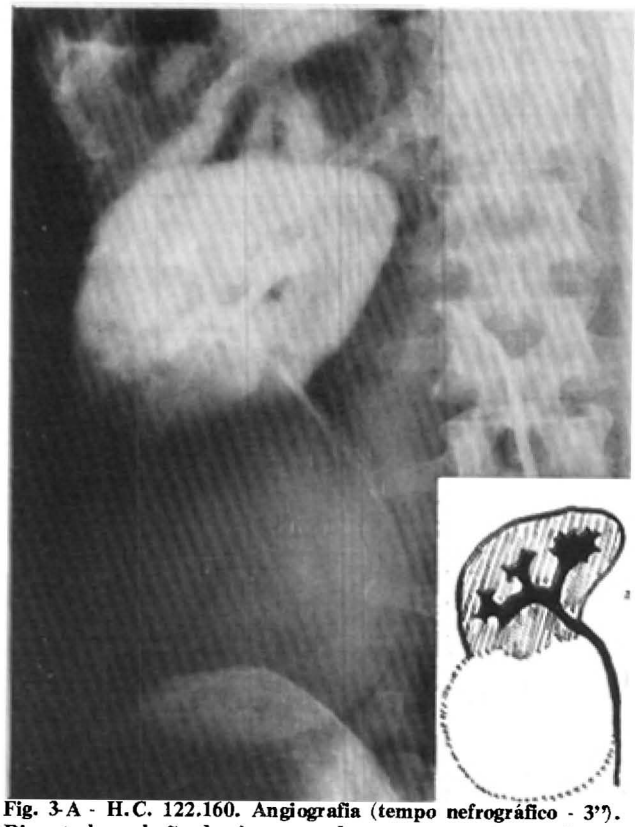


Fig. 3-A - H.C. 122.160. Angiografia (tempo nefrográfico - 3'). Discreta basculação do rim esquerdo por tumoração do pólo inferior totalmente avascular.

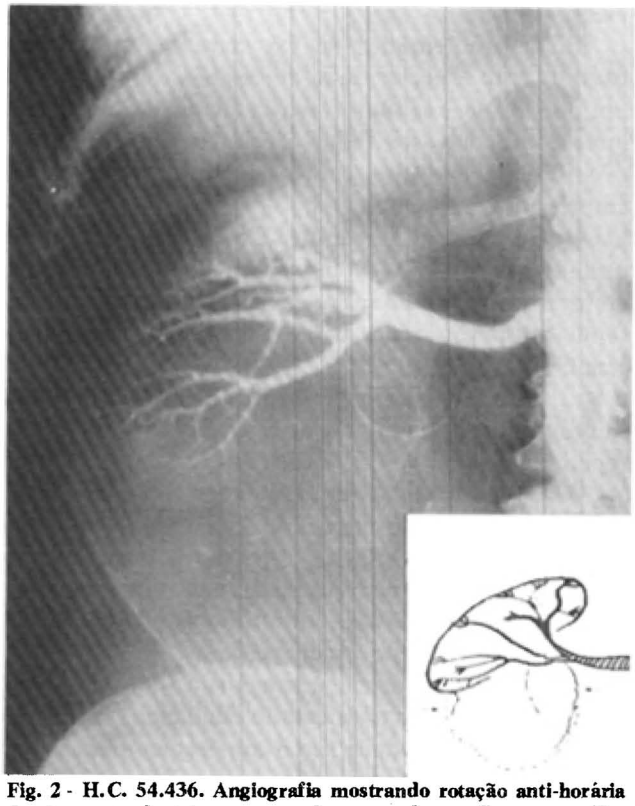


Fig. 2 - H.C. 54.436. Angiografia mostrando rotação anti-horária do rim esquerdo e tumor avascular marcado por finos vasos (flechas).

Fig. 3-B - H.C. 122.160. Punção do rim esquerdo: difusão irregular do contraste (flechas) devido à ocupação da luz por massas compactas.

TABELA

Nº	H.C. NOME	Sexo Idade	Sintomas	U.I.V.	Angiografia	Anat. patológica
1	42.330 R.P.M.	M – 54 a.	Hematúria	Massa renal esq.	Tumoração hipovascularizada rim esq.	Carcinoma renal esq.
2	54.436 A.P.V.	M – 62 a.	Cól. renal esq.	Horizontalização rim esq. Compressão de cálices.	Tumoração hipovascularizada, sem limites certos com o parênquima vizinho.	Carcinoma renal esq.
3	58.611 J.G.B.	M – 56 a.	Cól. renal der. Hematúria	Compressão de grupo calicilar médio.	Massa avascular de rim dir. com afinamento do parênquima vizinho.	Carcinoma renal dir. pseudo-cístico.
4	59.813 J.M.G.	M – 60 a.	Tumor no flanco dir.	Rotação renal dir.	Tumoração hipovascularizada rim dir.	Carcinoma renal dir.
5	54.526 M.E.	F – 33 a.	Cól. renal esq.	Compressão de cálices médio e inf. esq.	Falta de irrigação do pólo sup. rim esq.	Tub. úlcero-cavernosa rim esq.
6	122.160 G.C.M.	M – 56 a.	Tumor no flanco esq. Câncer de tiróide.	Imagem cística em pólo inf. rim esq.	Tumoração avascular do pólo inf. esq.	Carcinoma renal com necrose intratumoral.

DISCUSSÃO

Os casos 1 e 2, observados cuidadosamente, não ficam rotulados dentro dos quistos únicos típicos, pois temos em conjunto o aumento de densidade[11], o apresentarem vasos, mesmo que sejam finos[3], e a falta de afinamento uniforme do córtex sobre a massa tumoral[5].

O caso nº 3, por outro lado, pelos exames humorais, sintomatologia, U.I.V. e angiografia, explorações todas que coincidiram com a existência de um quisto (em rins com quistos múltiplos), nos mostra a coexistência quisto-tumor, patologia de difícil diagnóstico com os meios empregados habitualmente[2,4,8].

O quarto caso torna o diagnóstico difícil, porque a falta de sintomas, unida à pouca repercussão da tumoração sobre o rim, faz que a suspeita de quisto seja muito justificada, sobretudo, se lhe acrescentamos a angiografia, que mostra a tumoração praticamente avascular. Muito semelhante é o caso nº 6, cujas alterações humorais se explicavam pela existência de câncer de tiróide em tratamento.

No caso nº 5, por contraposição, se avaliarmos a clínica, o sexo, a idade e as imagens uroangiográficas, o diagnóstico de tuberculose é bastante claro.

O caso nº 6 foi diagnosticado como tumor, pela punção e estudo citológico. A evolução, sem clínica, e os estudos uroangiográficos eram orientativos de quisto solitário.

Concidimos com outros autores[4,5,6,11], sobre a dificuldade de diagnóstico que apresentam as tumorações pouco vascularizadas e/ou não abertas a vias[2].

Esta problemática se faz clara ao nos encontrarmos ante a necessidade de estabelecer se se trata um quisto, de um tumor avascular ou de um quisto infectado com vasos inflamatórios periquísticos.

Entendemos que, com os métodos diagnósticos empregados, obtemos:

1 — U. I. V.: opacificação discreta do parênquima (nefrograma tubular), imagens de vias excretoras, repercussão sobre elas da tumoração que assenta no parênquima e/ou alteração do contorno renal.

2 — Arteriografia: mostra-nos o parênquima (nefrograma glomerular), a irrigação do tumor e a repercussão dela sobre os vasos.

Com esses elementos, somados à clínica e ao laboratório, pode-se confirmar um diagnóstico correto na maioria dos casos. Por outro lado, não se deve de nenhum modo descartar a ajuda que representam os fármacos, sobretudo os vasoconstrictores, nas explorações angiográficas[1,10].

Nos casos duvidosos, a punção do suposto quisto, a colheita de líquido para estudo citológico e a injeção de contraste na cavidade são o complemento ideal das anteriores explorações[3,5,11,12].

Esta técnica, que vimos aplicando há vários anos, nos permitiu diagnosticar o caso nº 6 e nos é útil ante

a suspeita de quisto, para aclarar o diagnóstico e evitar a intervenção cirúrgica. [5] .

Realizamos a punção sempre, quando do estudo arteriográfico[3, 5], e segundo a técnica proposta por Lindblom, em 1946, seguida e citada por Friman--Dahl [6] .

CONCLUSÕES

Para definir um diagnóstico de quisto solitário renal, é necessário comprovar:

1 — Falta de invasão de vias na U.I.V.

2 — Contorno irregular.

3 — Ausência completa de circulação em seu perímetro [3,5].

4 — Afinamento regular do córtex em seu contorno.

5 — Falta de circulação arterial ou venosa periquística anômala .

Ante a suspeita de quisto-tumor pelos estudos uroangiográficos, deve-se praticar punção com estudo citólogico do conteúdo e injeção de contraste na cavidade.

RESUMO

Apresentamos 120 pacientes estudados na Fundação Puigvert, por massas renais, nos quais se realiza U.I.V. e angiografia renal.

Em todos eles, o diagnóstico foi de quisto renal; 45 foram controlados e 75 foram operados.

A todos os pacientes, com os estudos mencionados, se etiquetou como quisto renal e o diagnóstico foi errôneo em 6 casos.

Analisamos as causas de erros, e avalianos a possibilidade de realizar, nos casos duvidosos, a punção-aspiração dos quistos e seu estudo por injeção de contraste.

Conclui-se que todos os casos com imagens ou quadro clínico suspeitos, em que se vai ou não intervir, são susceptíveis do emprego da punção diagnóstica, sempre com estudo angiográfico prévio.

SUMMARY

The AA. present 120 cases of renal masses, studied at Puigvert Foundation, through intravenous urography and renal angiography.

They employ the ponction-aspiration of the cysts in order to establish a correct diagnosis.

BIBLIOGRAFIA

1) BOOKSTEIN, J. J. *Small vessel angiography.* Ed. Mosby Co. St. Louis, págs. 361-362 (1973).

2) CASTRO, P. & ZUNGRI, E. Técnica diagnóstica do carcinoma renal. *Anales de la Fund. Puigvert*, vol. 5: 25-35 (1975).

3) ECOIFFIER, J. *L'artériographie rénale.* Ed. Expansion Scientifique, Paris (1972).

4) EMMET, J. L.; LEVINES, S. R. & WOOLNER, L. B. Co-existence of renal cyst and tumor incidence in 1.007 cases. *Brit. J. Urol.*, 35: 403-410 (1963).

5) EMMET, J. L. & WITTE, D. M. *Clinical Urography.* W. B. Saunders Co-London, Toronto (1971).

6) FRIMANN-DAHL, J. *Renal Angiography.* Year Book Med. Publishers, Chicago, págs. 17-205 (1971).

7) GREGOIR, W.; WEISER, M.; HALLEMANS, E. & SCHULMAN, C. C. La ponction percutanée des kystes rénaux. *Acta Urol Belg.*, 40: 745-752 (1972).

8) HALLEMANS, E. & SCHULMANN, C. C. Association de kystes et tumeur rénale. *Acta Urol. Belg.*, 40: 818-824 (1972).

9) JURADO, G. J. *La angiografia renal.* Ed. Daimon — Madrid-Barcelona, págs. 77-86 (1965).

10) KAHN, P. C. & WISE, H. H. The use of epinephrine in selective angiography of renal masses. *J. of Urol.*, 99: 133-138 (1968).

11) LALLI. A. F. *The tailors urogram.* Year Book Med. Publishers, 35 East Wacker Drive, Chicago, págs. 213-224, (1973).

12) LEMAITRE, G.; MIGUEL, J. R. & TAVERNIER, J. *Traité de Radiodiagnostic* — Appareils urinaire et génital masculin. Masson et Cie., Paris (págs. 177-184), (1970).

13) PUIGVERT, A. & VIVES, C. S. Diagnóstico radiológico do tumor renal. *Arch. Esp. Urol.*, 18: 189-196, (1965).

pionefrose

VALDEMAR ORTIZ — HÉLIO E. NOGUEIRA — AFIZ SADI
Da Escola Paulista de Medicina — São Paulo (SP)

A destruição total do parênquima renal, com a presença de pus dentro das cavidades pielocaliciais, é conhecida como pionefrose e representa a evolução final e irreversível de processo infeccioso renal.

Apesar de se tratar de uma patologia relativamente freqüente na prática urológica, muito poucas referências bibliográficas são encontradas na literatura mundial.

Achamos que alguns aspectos etiológicos, diagnósticos, terapêuticos e evolutivos devam ser abordados nesta apresentação para chamar a atenção dos urologistas no sentido de conhecerem melhor esta patologia.

Tivemos oportunidade de estudar 40 casos observados nos últimos 3 anos, nos quais encontramos uma predominância do sexo feminino na proporção de 4:1. Encontramos uma incidência duas vezes maior no rim direito. A idade média dos pacientes foi de 42 anos, com nítida predominância na quarta e quinta décadas.

Como sintomas e sinais reveladores, encontramos: dor lombar (92%), piúria (76%), febre (68%), tumor palpável (64%) e emagrecimento (28%).

Um dado laboratorial de grande importância é a hemoglobinemia, que foi encontrada freqüentemente baixa (60%). Tivemos apenas um caso de insuficiência renal crônica associada à pionefrose. O diabete melito apareceu em 12% dos nossos pacientes, enquanto a obesidade foi encontrada em 24%. Dentre os fatores etiológicos, destacamos a calculose (60%), que pode ser representada pelos cálculos coraliformes (40%) ou piélicos (20%). É interessante ressaltar que o cálculo ureteral raramente é encontrado como causa de pionefrose. A estenose da junção pielureteral (20%) e a tuberculose (16%) figuram como outros dois fatores etiológicos importantes, vindo a seguir os tumores da pélvis e as duplicidades pielureterais com pionefrose de um dos segmentos renais.

Todos os nossos pacientes foram submetidos à nefrureterectomia e apresentaram média de 16 dias de internação no pós-operatório. A incidência de supurações de parede foi de 16% e, como complicação mais indesejável, tivemos duas fístulas duodenais nas pionefroses do rim direito.

COMENTÁRIOS

A partir destes dados, podemos obter algumas conclusões de ordem prática, de extrema importância para a boa condução dos casos. Em pacientes do sexo feminino, de meia idade, obesas, com tumoração palpável no flanco, deve-se sempre suspeitar o diagnóstico de pionefrose. Os antecedentes de litíase, pielonefrite, a anemia e o diabete melito chamam a atenção para a suposição diagnóstica, que deverá ser comprovada radiologicamente através da urografia excretora, pielografia ascendente, pielografia por punção translombar, ou mesmo a arteriografia e o estudo radioisotópico.

Particularmente, temos obtido melhores resultados com a punção diagnóstica e a injeção de contrastes para registro da pielografia, punção essa de fácil execução, em virtude da grande dilatação pielocalicial. Na nossa experiência, o cateterismo retrógrado dificilmente é obtido.

A nefrureterectomia é a cirurgia de eleição e, quando possível, deve-se retirar todo o tecido gorduroso peri-renal, que pode levar a supurações duradouras e desagradáveis. Às vezes, a abordagem do pedículo renal torna-se difícil, obrigando a descapsulizar o rim para uma nefrectomia subcapsular. Deve-se estar atento aos riscos de lesões inadvertidas dos órgãos vizinhos do rim, que se encontra aumentado de volume e bastante aderido às estruturas circundantes. O duodeno, o pâncreas, a veia cava inferior, os colos, o diafragma, as supra-renais, o fígado e o baço estão sujeitos a traumatismos durante as dissecções intempestivas. A ampla drenagem da loja renal e o cuidadoso fechamento da lombotomia são fatores importantes no tempo operatório. As supurações da lombotomia prolongam o tempo de internação, acarretando maiores despesas e menor rotatividade do leito hospitalar. A fístula duodenal é facilmente diagnosticada devido ao grande débito de líquido entérico-bilioso, e pode ser tratada clinicamente (drenagem e alimentação parenteral) ou cirurgicamente (gastrostomia disfuncionalizante e/ou jejunostomia para alimentação).

RESUMO

Os autores apresentam 40 casos de pionefrose, analisando as particularidades diagnósticas e terapêuticas desta afecção.

SUMMARY

The AA. report on 40 cases of pyonephrosis, studying the diagnostic and therapeutical peculiarities of this disease.

BIBLIOGRAFIA

CUKIER, J., AUBERT, J. & BROC, A. Pyonefrosis: Report of 50 cases. *J. Urol.*, Paris 77: 737-54, Sept. 1971.

embolização seletiva da artéria renal nos tumores renais

ALFREDO DUARTE CABRAL — SÉRGIO SANTOS LIMA — LUIZ R.A.MARSAIOLI
ODON FERREIRA DA COSTA — EDISON FLÁVIO MARTINS.
Do Hospital do Servidor Público Municipal, dos Hospitais Sírio-Libanês e Albert Einstein e do Hospital do Tatuapé — São Paulo (SP).

Em 1973, Almgard e cols.[1] apresentaram uma série de 19 doentes portadores de adenocarcinoma renal, nos quais realizaram a embolização seletiva da artéria renal, usando para tal fim músculo macerado do próprio doente. As indicações para a embolização foram: em 11 casos, tumores grandes com metástases; em 4 casos, tumores grandes sem metástases e, em 4 casos, por hematúria grave.

Posteriormente, Küss e cols.[3] apresentaram 5 casos, Paster e cols[7]. 5 casos, Ben-Menachen e cols.[2] 10 casos de hipernefroma e 2 casos de pionefrose, Moorhead e cols.[5] 1 caso de rim restante, com angiomiolipona e hematúria grave, Turini e cols.[8] 4 casos, Nieh e cols.[6] 1 caso de metástase renal de um tumor osteogênico.

Estes autores usaram como material de embolização gelfoam em lâminas de aproximadamente 2mm x 5 a 8 mm. Turner e cols.[9] usaram em 1 caso, como material de embolização, microesferas de ferro siliconizadas. Lang[4], citado por Almgard e cols., usou sementes de ouro radioativo, com a dupla finalidade: obter necrose tumoral e, ao mesmo tempo, a radioterapia pré-operatória.

Os autores estão de acordo em que esta técnica facilita a cirurgia, diminui o tamanho do tumor e as perdas sanguíneas no ato cirúrgico, previne a disseminação de células e êmbolos tumorais durante a manipulação cirúrgica ou, nos casos de pionefrose, êmbolos sépticos e, nos casos de hematúrias tumorais graves, é um procedimento terapêutico, que soluciona este tipo de complicação.

Alguns destes autores acham que, com a necrose tumoral, os mecanismos de defesa imunitária possam agir sobre as metástases à distância.

Baseados no trabalho de Almgard e cols[1], tivemos a oportunidade, em 17.9.1975, de realizar pela primeira vez a embolização seletiva da artéria renal esquerda, usando músculo macerado do doente, em um caso do sexo masculino, com hematúria tumoral maciça e anemia intensa, conseguindo-se assim debelar a hemorragia tumoral. O paciente contava 58 anos.

A partir desta data, realizamos a embolização seletiva da artéria renal, em tumores renais no pré-operatório, em mais de 5 casos, sendo 2 casos do sexo masculino e 3 do sexo feminino; o paciente mais jovem tinha 26 anos e o mais idoso, 72 anos; 2 casos apresentavam metástases pulmonares. Em um caso usamos sementes de ouro radioativo e, nos restantes, tiras de gelfoam, após o que realizaram radioterapia pré-operatória, em campos anterior e posterior, num total de 3.000 rads, seguindo-se a orientação da escola inglesa de Sir E. Riches.

Em 1 caso, o diagnóstico foi realizado durante a rotina de arteriografia renal, para a escolha do melhor rim a ser transplantado, tendo o exame revelado tumor renal direito assintomático; foi neste caso que, posteriormente, usamos sementes de ouro radioativo para procedermos à embolização e, ao mesmo tempo, radioterapia do tumor. Nos demais casos, a arteriografia foi indicada em doentes nos quais a urografia excretora mostrava imagens sugestivas de processo tumoral renal.

A arteriografia renal seletiva é realizada através de cateter transfemural, com anestesia local e sedação, tendo os fragmentos de gelfoam cerca de 2mm x 10mm, os quais são introduzidos na artéria renal cateterizada, sob visação fluoroscópica, até obtermos a completa obstrução dos ramos arteriais renais.

A dor não é muito intensa, sendo apenas necessário sedação por 2 ou 3 dias. Nenhum dos casos apresentou hipertensão arterial e, em 3 casos, foi assinalada hipertermia leve por 4 dias.

Após 2 semanas de completada a radioterapia, todos foram operados. Foi realizada toracofrenolaparotomia nos tumores renais grandes, de pólo superior ou de localização esquerda, em 3 casos, e lombolaparotomia, em 3 casos. Nas toracofrenolaparotomias, deixamos drenagem pleural, a qual é removida assim que o controle radiológico pulmonar o indique, geralmente nos 2º ou 3º dias do pós-operatório. Em todos os casos, realizamos a drenagem da loja renal com penrose. Dos 6 casos, 2 faleceram em caquexia por metástases pulmonares, com 3 meses e com 8 meses após a cirurgia; os restantes 4 casos estão vivos, 1 com 1 ano e 9 meses, assintomático, 1 com 1 ano e 2 meses, com metástases pulmonares, que estão estacionárias nos vários controles realizados (está tomando B.C.G. e Oncotiotepa), 1 com 3 meses e o último com 35 dias, ambos assintomáticos. O exame anatomopatológico, em 5 casos, foi hipernefroma e, em 1 caso, leiomiossarcoma.

Com estas medidas pré-operatórias, verificamos que o sangramento durante o ato cirúrgico é menor, a dissecção para atingirmos o pedículo renal é mais fácil, sendo então possível ligarmos previamente a veia, sem haver retenção sanguínea dentro do órgão tumoral. Em seguida, ligadura da artéria renal e ureter, sendo o rim removido em bloco, com toda a gordura peri-renal. "Toilette" dos gânglios linfáticos peri-aórticos, que também são enviados para exame.

RESUMO

A embolização seletiva da artéria renal, através de cateter transfemural, produz necrose tumoral. É relativamente fácil e não apresenta nenhuma compliação séria. Diminui o sangramento durante o ato cirúrgico, bem como o tamanho do tumor. Está indicada em todos os casos de pacientes com hemorragia tumoral grave.

SUMMARY

Selective transcatheter arterial embolization of renal tumours is easy to do and doesn't present any serious complication. It's a management to be employed in severe tumoral haemorrhages.

BIBLIOGRAFIA

1) ALMGARD,L.E.; FERNSTRUM,I.; HAVERLING,M. & LJUNGQVIST,A. Treatment of renal adenocarcinoma by embolic occlusion of the renal circulation. *Brit. J.Urol., 45:* 474-479, 1973.

2) BEN-MENACHEN,Y.; CRIGLER, C.M. & CORRIERE JR., J.N. Elective transcatheter renal artery occlusion prior to nephrectomy. *J.Urol., 114 355-359, 1975.*

3) KUSS,R.; LE GUILLON, M.; MERLAND, J.J.; LEPAGE,T. & BORIES, J. L'embolisation en pathologie urogénitale. *Ann. Urol., 9* (1): 1-10, 1975.

4) LANG,E.K. citado por Almgard e cols.

5) MOORHEAD,J.D.; FRITZSCHE,P. & HADLEY, H.L. Management of hemorrhage secondary to renal angiomyolipoma with selective arterial embolization. *J.Urol., 117:* 122-123, 1977.

6) NIEH,P.T., WALTMAN,A.C. & ALTHAUSEN,A.F. Therapeutic embolization of symptomatic secondary renal tumor. *J.Urol., 117:* 378-380, 1977.

7) PASTER,S.B.,BERGREEN,P.&SCHARWARZ, A. Percutaneous catheter-aided infarction of renal tumor: a preliminary report. *J.Urol., 114:* 351-354, 1975.

8) TURINI,D.; NICITA,G.; FIORELLI,C.; SELLI,C. & VILLARI,N. Selective transcatheter arterial embolization of renal carcinoma: an original technique. *J.Urol, 116:* 419-421, 1976.

9) TURNER,R.D.; RAND,R.W.; BENTSON,J.R. & MOSSO,J.A. Ferromagnetic silicone necrosis of hypernephromas by selective vascular occlusion to the tumor: a new technique. *J.Urol., 113: 455-459, 1975.*

fascite retroperitoneal

E. ZUNGRI — M. MIRANDA
Da Fundação Puigvert (Barcelona)

INTRODUÇÃO

O espaço retroperitoneal, muito rico em estruturas, é o ponto de cruzamento de múltiplas especialidades e, por sua vez, terra de ninguém.

Aí se desenvolvem patologias renais, ureterais, vasculares, ganglionares, etc., para dar alguns exemplos e ele, por sua vez, é o autor em processos inflamatórios ou neoplásicos de suas estruturas ou de órgãos vizinhos.

O motivo desta comunicação é a apresentação de um grupo de pacientes nos quais a afecção primária ou secundária do tecido retroperitoneal provocou alterações obstrutivas ureterais e que, devido a elas, correram à consulta urológica.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudam-se 17 pacientes, que se consultaram na Fundação Puigvert, entre os anos 1972 e 1977, nos quais se demonstrou, de forma indiscutível, a existência de uma fascite retroperitoneal (FRP).

Os casos foram divididos em idiopáticos e secundários à ingesta de medicação prolongada, afetação por processos inflamatórios e neoplásicos de tecidos vizinhos, assim como consecutivos a manobras cirúrgicas ou irradiações do retroperitônio.

Em todos os pacientes, além do exame clínico, procedem-se a estudos de laboratórios de rotina. Em 13, por permitir seu estado, U.I.V.; um caso se completou com uma pielografia ascendente, exploração que foi seletiva nos 4 casos restantes. Angiografia renal praticou-se somente em 1 caso de rim mudo.

RESULTADOS

Dos 17 pacientes estudados, 7 corresponderam ao grupo de idiopáticos e 10 eram secundários a diversas afecções (Tabela I).

A idade média dos casos foi de 46 anos nos idiopáticos, com extremos de 32 e 63 anos. A idade dos secundários correspondia à da enfermidade causal.

Os sintomas mais importantes, no momento da consulta, eram de obstrução da árvore urinária, seguidos de anúria e hipertensão (Tabela II).

A velocidade de sedimentação globular (V.S.G.) estava aumentada em todos (acima de 50mm, na 1ª hora). Em 3 casos, havia uma eosinofilia marcada, sendo a maior de 15% em um idiopático e as outras nos pós-apendicites e pós-irradiação pelviana.

Em 12 casos, a U.I.V. estabeleceu o diagnóstico; no resto, fez-se por meio da pielografia ascendente. Em um só caso, de rim mudo, se praticou angiografia, que mostrou uma hidronefrose irreversível (Fig. 1 e 2).

Os 7 casos idiopáticos apresentavam a zona estenosada do ureter entre L4 e S1; 3 deles, em forma bilateral. Nos casos secundários, a região estenosada era variável e somente nos 2 casos pós-irradiação pelviana a estenose se encontrava por baixo de S1 (fig. 3).

Em todos os casos idiopáticos, a estenose ureteral estava presente, bem como seu desvio para linha média.

Dos 17 pacientes, em 16 se realizaram intervenções cirúrgicas, falecendo o restante em anúria aos 4 dias de seu ingresso (Tabela III).

Dos 7 casos idiopáticos, 5 evolucionaram bem, com uma média de controle de 28 meses. Um faleceu aos 6 meses de operado, ignorando-se a causa, e do restante perdeu-se o "follow-up". Nos casos secundários, praticaram-se diversos tratamentos cirúrgicos, em muitos, simplesmente paliativos.

Em nenhum destes a mortalidade foi devida às atuações cirúrgicas e os melhores resultados se obtiveram nos secundários, em extravasados de urina, apendicite e nos 2 pós-irradiação pelviana. Dos 6 casos tumorais restantes, faleceram: um aos 4 dias do ingresso e o resto a uma semana, 4 e 6 meses, ficando os dois secundários, de câncer de colo uterino, com uma sobrevida atual de 2 meses.

DISCUSSÃO

Ante um paciente que apresenta um quadro de obstrução ureteral uni ou bilateral, o primeiro passo é estabelecer se nos encontramos ante uma causa intrínseca ou extrínseca. A segunda possibilidade, muito mais infreqüente, nos faz pensar na existência de uma FRP, uma vez descartada a existência de tumorações ou massas ganglionares retroperitoneais [10,11,12].

Um grupo importante requer somar a U.I.V. à pielografia ascendente (30% de nossos casos); esta exploração, quase sempre factível, mostra o nível de obstrução e a retração medial dos ureteres [2,8,11,14]. É característico que, devido a ser uma compressão extrínseca, deixa passar cateteres de calibre importante

(7 ou 8 Fr.) e, por outro lado, bloqueia a saída da urina (figs. 2 e 4).

A prática de uma cavografia, que não realizamos em nossos casos, permite ratificar o bloqueio compressivo deste vaso, que sofre uma sorte semelhante à do ureter [3,9,13].

O problema real surge quando, estabelecido o diagnóstico de FRP, se faz imperativo passar ao etiológico [4,11,12,14].

A clínica nem sempre é orientativa; em muitos casos idiopáticos, o mau estado geral, a anorexia e a caquexia fazem pensar em enfermidade geral ou neoplásica [8].

Os exames de laboratório, normalmente, induzem a erros, pois a anemia de maior ou menor intensidade se vê em todos os casos, a eosinofilia não é patognomônica dos idiopáticos. A V.S.G. mostra só a existência de uma alteração geral e o perfil do proteinograma foi praticamente tipicamente tumoral em 2 de nossos casos idiopáticos [4,8,11].

A radiologia, quando mostra a obstrução entre L4 e S1, é sugestiva, porém não patognomônica de FRP [1,6,11,14].

A laparotomia nem sempre é diagnóstica e, ainda, o estudo biópsico, devido à grande diferenciação desmoplásica do tecido, pode, em casos de tumor, não encontrar células atípicas [5,6,8,10,11] (fig. 5).

Algumas vezes, a etiologia é clara, como nos ocorreu com os cânceres de pâncreas, ovário e de colo uterino; outras vezes, a causa é obscura, devendo o tratamento supeditar os achados locais.

O número exíguo de casos próprios, problema repetido em todos os centros, somado a critérios diferentes, não autoriza a assentar uma conduta terapêutica rígida. Por outro lado, há factos seguros e irrefutáveis, que nos devem tornar seguros.

Nos casos idiopáticos, a recidiva é de uma freqüência importante, apesar de um tratamento pós-operatório com antiinflamatórios, corticóides e outras medicações inespecíficas, pelo que o isolamento dos ureteres do tecido retroperitoneal é imperativo [1,5,7].

Nos casos secundários, a ingesta de medicação, de que não temos experiência própria, a cirurgia conservadora e a supressão do fármaco causal mostram uma marcada tendência a que a enfermidade regrida [11,12].

Quando nos encontramos ante processos inflamatórios do tecido retroperitoneal, a liberação ureteral e a cura do fator causal, normalmente, são suficientes [1,6,13].

Em todos os processos tumorais, dado que o grau dos mesmos é avançado, uma derivação unilateral é suficiente para garantir a sobrevida, sob o ponto de vista urológico, ocorrendo o óbito do paciente por causa do tumor.

CONCLUSÕES

Entendemos que, na atualidade, a FRP deve ser tratada com o seguinte esquema:

1 — F. R. Idiopática: Devemos realizar a liberação ureteral e intraperitonizá-la bilateralmente. Se um lado está indene, pode-se intervir, sempre que se possa realizar uma vigilância rigorosa do enfermo (figs. 5, A-B).

2 — F. R. Secundária:

a) Nos processos inflamatórios ou por ingesta de medicamentos, a ureterólise e a supressão do fator causal podem ser suficientes. Se o estado local e geral do paciente o permitem, a intraperitonização do ureter assegura a separação do tecido retroperitoneal enfermo.

b) Nas secundárias tumorais, é suficiente a derivação unilateral. Praticamos, na atualidade, a continuação da pielografia ascendente, uma nefrostomia por punção, baixo controle radioscópico.

Tabela I

ETIOLOGIA

Nº de casos: 17
Idiopáticos: 07
Secundários: 10

Câncer de ovário	2
Pós-irradiação	2
Câncer do colo uterino	2
Câncer do pâncreas	1
Câncer do reto	1
Extravasamento de urina	1
Apendicites	1

Tabela II

SINTOMAS	Nº DE PACIENTES
Dor lombar	11
Cólica renal	8
Tumoração palpável	5
Anúria	4
Hipertensão	4
Hidrocele	1

Tabela III

TRATAMENTO CIRÚRGICO

A) IDIOPÁTICOS:

Ureterólises 5
Intraperitonização 2

B) SECUNDÁRIOS:

Câncer de ovário:
a) Nefrostomia com nefrectomia secundária.
b) Laparotomia.

Pós-irradiação:
a) Nefrostomia e posterior ureterostomia cutânea.
b) Ureterocistorrafia.

Câncer do colo uterino:
Nefrostomia por punção nos dois casos.

Extravasamento de urina:
Ureterólise.

Câncer do pâncreas:
Cateterismo ureteral bilateral.

Câncer do reto:

Apendicites:
Ureterólise.

RESUMO

Apresentamos 17 casos de fascite retroperitoneal (FRP), que foram divididas em idiopáticas, quando depois de estudos exaustivos não encontramos causa que as justificassem; e secundárias, quando a afecção ureteral era conseqüência de uma alteração primária inflamatória ou tumoral demonstrada.

Discutem-se e analisam-se os elementos diagnósticos que permitem chegar a conclusão do síndrome e às dificuldades posteriores de encaixar estes pacientes em um grupo etiológico.

Concluímos com a opinião fundada nos estudos dos pacientes e do tratamento cirúrgico a ser seguido com os mesmos.

SUMMARY

Seventeen cases of retroperitoneal fibrosis are reported. The AA. classify the disease as idiopathic when no justifying causes are found, and secondary when the ureteral affection is consequent to a primary inflammatory or tumoral alteration.

The management of the first one consists in ureteral liberation and bilateral peritonization; as to the other, it depends on the cause: ureterolysis and suppression of the causal agent in the inflammatory processes may be sufficient; the unilateral derivation in secondary tumoral cases must be done.

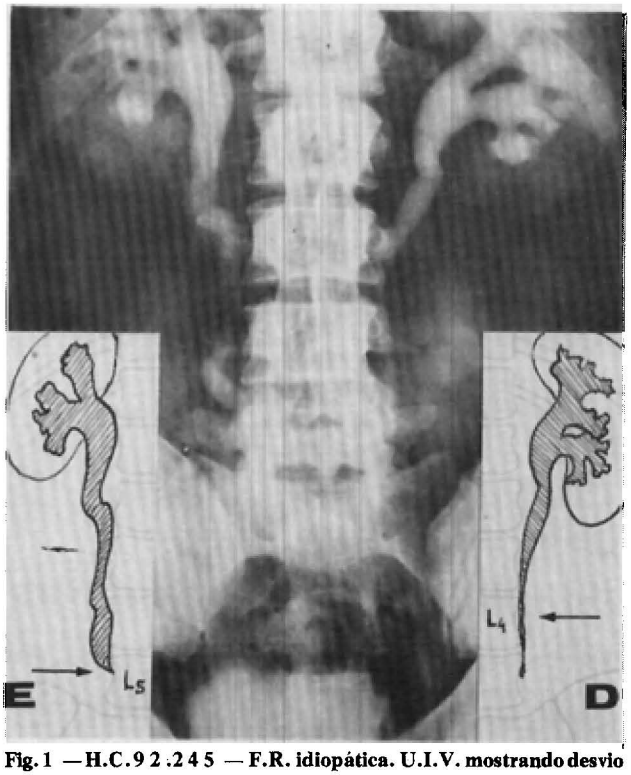


Fig. 1 — H.C. 92.245 — F.R. idiopática. U.I.V. mostrando desvio da linha média de ambos os ureteres, com obstrução do direito, a nível de L4, e do esquerdo, a nível de L5.

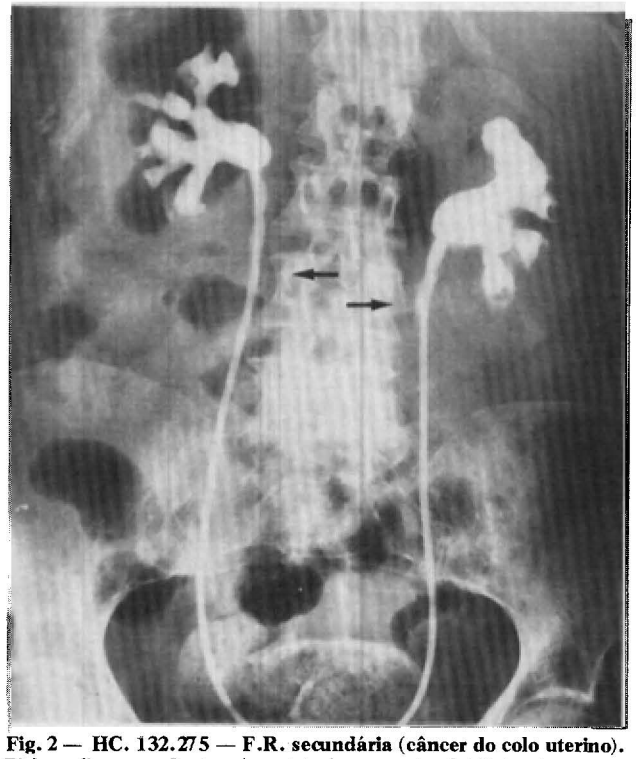


Fig. 2 — HC. 132.275 — F.R. secundária (câncer do colo uterino). Pielografia ascendente pós-cateterismo ureteral bilateral em pacientes anúricos (passagem fácil de grosso cateter), com obstrução ureteral, a nível de L4 (flechas).

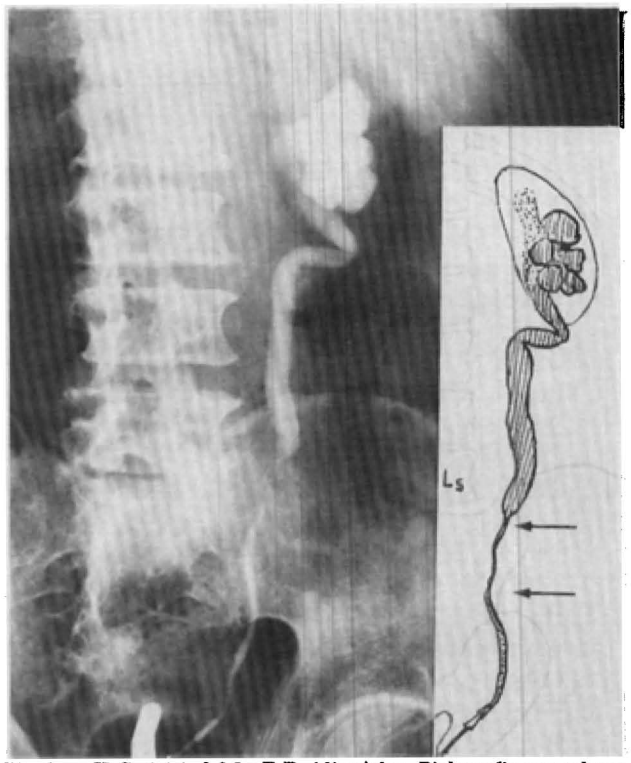


Fig. 3 — H.C. 111.923. F.R. idiopática. Pielografia ascendente (Chevassu), mostrando obstrução ureteral, a nível de L5 e S1.

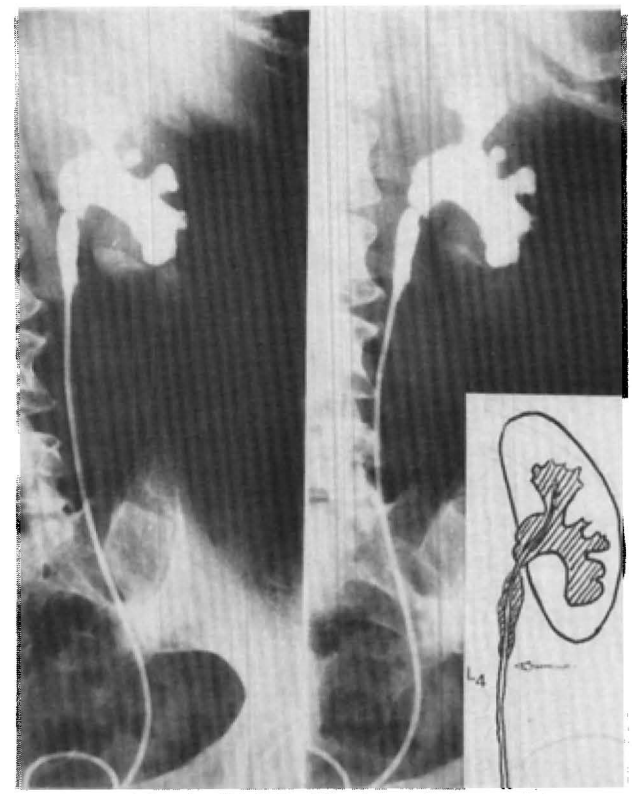


Fig. 5A — H.C. 122.291 F.R. idiopática. Pré-operatório: mononeral cirúrgica direita com obstrução de ureter lombar, a nível de L4.

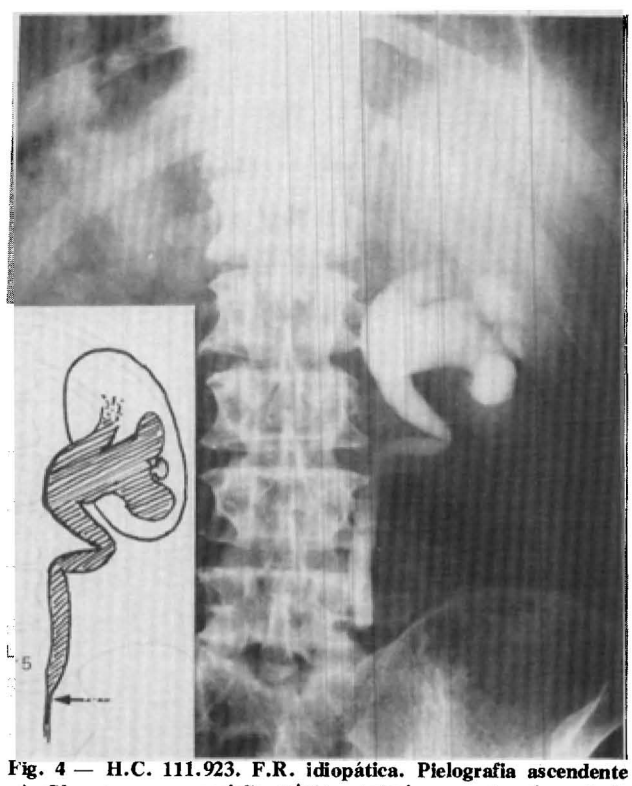


Fig. 4 — H.C. 111.923. F.R. idiopática. Pielografia ascendente pós-Chevassu, em posição póstero-anterior, mostrando ectasia pielureteral, a nível de L5 com "stop" completo.

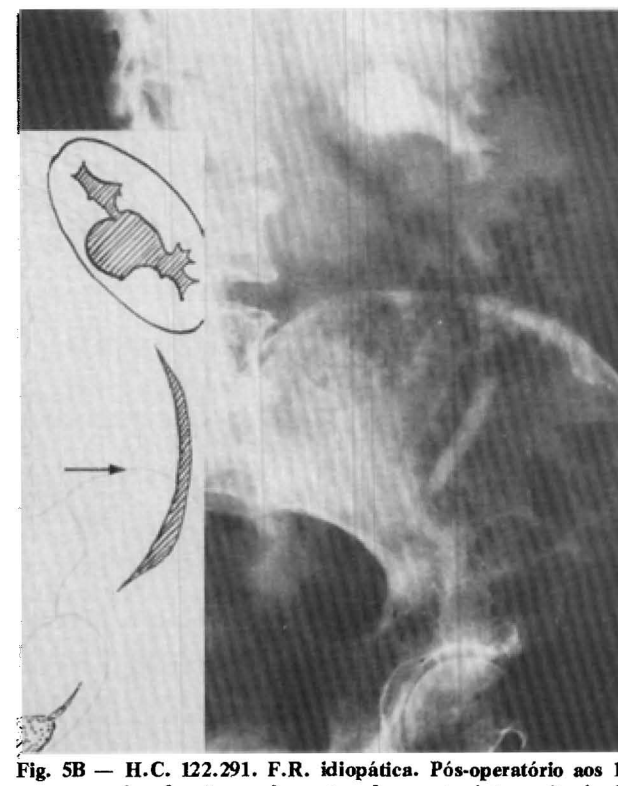


Fig. 5B — H.C. 122.291. F.R. idiopática. Pós-operatório aos 18 meses, com boa função renal, mostrando o ureter intraperitonizado parieto-cólico direito separado da linha média.

BIBLIOGRAFIA

1) ABBOT, D. L.; SKINNER, D. G.; YALOWITZ, P. A. & MULDER, D. G. Retroperitoneal fibrosis associated with abdominal aortic aneurysms; an approach to management. *J. of Urol.*, 109: 987-989 (1973)

2) ALBARRAN, J. *Médecine Opératoire des Voies Urinaires.* Masson édit. págs. 396-399 (1909).

3) BOOKSTEIN, J. J.; SCHROEDER, K. F. & BATSAKIS, J. G. Lymphangiography in the diagnosis of retroperitoneal fibrosis; case report. *J. of Urol.*, 95: 99-101 (1966).

4) CAMPBELL, M. F. & HARRISON, J. H. *Urology.* W. B. Saunders, Philadelphia (1970).

5) CIBERT, J.; DURAND, L. & RIVIÈRE, C. L. Périurétérites primitives. *J. Urol. Néphrol.*, 62: 705-733 (1956).

6) FRIEDEL, W. E.; SMITH, T. R. & HERMAN, J. R. Anuria caused by perianeurysmal retroperitoneal fibrosis. *J. of Urol.*, 110: 516-518 (1973).

7) GONZÁLEZ MARTÍN, M.; HERNÁNDEZ ARMERO, A.; ALCALDE, L.; PERTUSA, C.; ROMERO, J. & MARTINEZ-PIÑEIRO, J: A. Aislamiento del ureter con epiplon en la fibrosis retroperitoneal. *Arch. Esp. de Urol.*, 29: 57-70 (1976).

8) HOFFMAN, W. W. & TRIPPEL, O. H. Retroperitoneal fibrosis; etiologic considerations. *J. of Urol.*, 86: 222-231 (1961).

9) KEARNEY, J. P.; MAHONEY, E. M.; SCIAMMAS, F. D.; COLPOYS, F. L.; NORTON, A. T.; SWINNEY, J. & HARRISON, J. H. Venocavography, corticosteroids and surgery in management of idiopathic retroperitoneal fibrosis. *J. of Urol.*, 115: 32-36 (1976).

10) ORMOND, J. K. Bilateral ureteral obstruction due to envelopment and compression by an inflammatory retroperitoneal process. *J. of Urol.*, 59: 1072-1079 (1948).

11) ORMOND, J. K. Idiopathic retroperitoneal fibrosis: a discussion of the etiology. *J. of Urol.*, 94: 385-390 (1965).

12) SUBY, H. I.; KERR, W. S. (JR.); GRAHAN, J. R. & FRALEY, E. Retroperitoneal fibrosis: A missing link in the chain. *J. of Urol.*, 93: 114-152 (1965).

13) WAGENKNECHT, L. V. & MADSEN, P. O. Bilateral ureteral obstruction secondary to aortic aneurysm. *J. of Urol.*, 103: 732-736 (1970).

14) WAGENKNECHT, L. V. & AUVERT, J. Symptoms and diagnosis of retroperitoneal fibrosis. *Urol. Int.*, 26: 185-195 (1971).

cava dupla : avaliação radiológica

E. ZUNGRI — M. MIRANDA.
Da Fundação Puigvert (Barcelona)

O uso dos contrastes iodados deu um giro total à Urologia. Seu emprego em estudos vasculares, preconizado por Dos Santos,[1] em 1929, permitiu a avaliação da circulação, verdadeiro substrato funcional do rim.

Muito próximo à angiografia renal, começam-se a realizar os "enchimentos" da cava[2], e na atualidade isto passou a ser um estudo rotineiro.

A apresentação de um paciente com cava dupla tem por objeto o recordar uma anomalia, que, por si só, não é patológica, porém, cujo olvido pode provocar erros diagnóstico-terapêuticos.

CASO CLÍNICO

R.B.L.; 119.642 — Fund. Puigvert — Barcelona.

Paciente de 42 anos, masculino, que consulta por apresentar marcada proteinúria (2,37 g/1). Ao exame clínico, não encontramos edemas; o restante, normal.

Pratica-se cavografia, com o objetivo de descartar um síndrome nefrótico por trombose da veia renal. Comprova-se passagem da cava direita para o lado esquerdo, pelo qual se pratica cateterismo esquerdo.

Ao estudo, boa permeabilidade de ambas veias renais, com cava dupla. Pratica-se biópsia renal, que mostra lesões mínimas. Com o diagnóstico de síndrome nefrótico, segue-se o paciente, com tratamento médico.

DISCUSSÃO

Se bem que a existência de uma cava dupla seja um fato conhecido, a freqüência descrita de 2%[5] não é, normalmente, a encontrada clínicamente e justifica esta apresentação.

O estudo cavográfico é praticado de forma rotineira, com a técnica de Seldinger[6] e cateter radiopaco[7].

Em Urologia, passamos das primitivas indicações morfológicas[4] a utilizar avaliações da afetação retroperitoneal[3], no estudo e colheita de sangue venoso para dosagem de hormônios vasopressores.

Entendemos que o crescente aumento dos estudos vasculares venosos, na patologia urológica, justifica amplamente a apresentação deste caso como um lembrete.

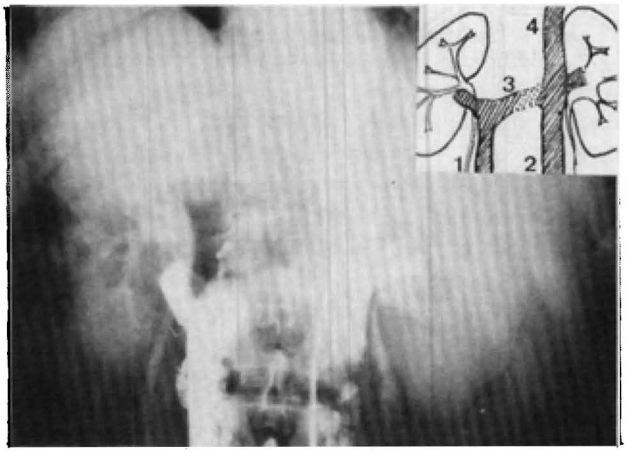


Fig. 1 — Cavografia por cateterismo femoral bilateral: 1 — Veia cava esquerda permeável até nível de veia renal; 2 — Veia cava direita; 3 — Ponto de união entre veia cava direita/esquerda; 4 — Veia cava comum.

BIBLIOGRAFIA

1) DOS SANTOS, R,; LAMAS, A. & CALDAS, J. P. L'artériographie des membres, de l'aorte et de ses branches abdominales. *Bul. Soc. Nat. Chir.*, 55:587 (1929).
2) DOS SANTOS, R. Phlébographie d'une veine cave inférieure. *J. d'Urologie*, 39:586 (1935).
3) KEARNEY, J. P.; MAHONEY, E. M.; SCIAMMAS, F. D.; COLPOYS. F. L.; NORTON, A. T.; SWINNEY, J. & HARRISON, J. H. Venocavography, corticosteroids and surgery in managements of idiopathic retroperitoneal fibrosis. *J. of Urol.*, 115:32-36 (1976).
4) JURADO, F.; GUELL, F. & MIRALLES, L. La cavografia en el diagnóstico de las afecciones urológicas. *Cirugía, Ginecología y Urología*, 6:505 (1964).
5) REIS, R. H. & ESENTHER, G. Variation in the pattern of renal vessels and their relation to the type of posterior vena cava in man. *Amer. J. Anat.*, 104:295-318 (1959).
6) SELDINGER, S. I. Catheter replacement of needle in percutaneous aortography: a new technique. *Acta Radiol.* (Stockholm), 39:368 (1953).
7) ODMAN, P. Percutaneous selective angiography of the main branches of the aorta. *Acta Radiol.* (Stockholm), 45:1 (1956).

tumor primitivo do ureter

RODOLPHO FLÁVIO FORSTER — JOSÉ DE BRITO MATA — JOSÉ SEVERO A. B. UIMBERÊ DE O. PAIVA
OTÁVIO CORRÊA BONFIM
Do Serviço de Urologia da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (RJ)

A descrição original de tumor de ureter foi feita por Frenchnam e Rayer, em 1841. Em 1900, Foord e Ferrier acrescentaram na literatura 8 casos, cujo diagnóstico foi feito em autópsia, sendo que Albarran, em 1902, foi o primeiro a diagnosticar preoperatoriamente.

Embora os tumores ureterais sejam considerados como infreqüentes, nos últimos anos numerosos casos têm sido descritos na literatura médica. Scott, em 1943, descreveu uma série de 240 casos, que correspondia a 8,5% em relação aos outros cânceres. Cameron, fazendo uma relação proporcional, encontrou que, entre cada 100 cânceres de bexiga, 10 são de bacinete e 2 são de ureter.

Até 1945, havia 35 casos descritos na Clínica Mayo. Em 1961, Petkovic descreveu 32 casos pessoais. Na literatura nacional, temos Rocha Brito com 18 casos, Campos Freire com 8 casos, 3 casos de Silva de Assis e 5 casos de Viana, até 1970.

A incidência de tumor de ureter é de dois para um, no homem. A freqüência é entre a sexta e sétima décadas de vida, com predominancia do lado direito. Vale ressaltar o aparecimento de tumor de ureter em cortes ureterais pós-nefrectomia por afecção não cancerosa, como nos casos de Amar e Moore, que apresentaram 2 casos com respectivamente, 40 e 7 anos, após nefrectomia por litíase.

Estes tumores são, com freqüência, diagnosticados erradamente como hidronefrose, sendo somente diagnosticados corretamente no ato operatório. Brenez e Hawotte descreveram que os tumores ureterais ocorrem em percentagem de 3,6 em cada 10.000 casos. A maioria dos tumores ureterais são malignos e a taxa de malignidade é mais alta do que os outros tumores do trato urinário, devido à parede ureteral ser muito fina, favorecendo a disseminação através dos linfáticos, dando metástases. Incide mais freqüentemente em homens com a média de idade de 58 anos e o terço inferior é o mais afetado, em 60 a 70% dos casos, segundo Brenez e Vest.

Muitas hipóteses têm sido invocadas como: predisposição congênita, papel da infecção crônica, influência da litíase ureteral, influência da bilharziose como no Egito, influência de carcinogênese por produtos químicos, como o triptofano, etc.

Costuma-se classificar os tumores ureterais em primitivos e secundários. Os primitivos seriam os de origem epitelial e mesenquimatosa e os secundários originários do bacinete, por infiltração metastática e tornados ureterais por implantação de órgãos vizinhos.

Petkovic, revendo a literatura médica em 1962, encontrou 239 casos de tumor ureteral malignos e 65 benignos. A macroscopia é de grande ajuda no ato operatório no julgamento da natureza maligna ou benigna do tumor, pois a palpação irá mostrar a invasão ou não de órgãos vizinhos. As metástases se fazem principalmente por via linfática para os linfonodos regionais ou por invasão direta, podendo invadir o apêndice ileo-cecal e a camada muscular da bexiga.

A sintomatologia, na grande maioria deles, é causada pela hematúria e/ou hidronefrose. A cistoscopia é de grande valia na vigência da hematúria para detecção do lado acometido. De grande valia para o esclarecimento diagnóstico é a urografia venosa, que mostra enchimento em taça, ao redor do bordo da lesão, ou a dilatação do segmento abaixo da lesão, que é o clássico sinal de Friedenberger.

A terapêutica clássica, descrita por Albarran, é a nefrureterectomia, sendo que, posteriormente, Marion refere que a ressecção de uma parte da bexiga, onde o ureter é inserido, deve ser feita pela possibilidade de implantação metastática na bexiga e também pela impossibilidade de se diagnosticar préoperatoriamente se o tumor é benigno ou maligno.

Embora a maioria dos autores use a terapêutica clássica, ultimamente se tem dado maior importância a cirurgias conservadoras, salvaguardando o rim. Küss e cols. recomendam que a nefrectomia e a ureterectomia devem ser feitas nos tumores de terço superior ou que atinjam a pélvis, e conservadora, nos tumores de terço inferior, em que a maioria são aparentemente solitários e as metástases, geralmente, são para o tecido para-ureteral; ao contrário dos tumores do terço superior, em que as metástases são para a pélvis e hilo renal, através dos linfáticos.

Puigvert refere que a clássica operação radical não oferece vantagens sobre o tratamento conservador; entretanto, a maioria dos autores recomendam a operação conservadora somente nos tumores de terço inferior, em que uma reanastomose pode ser feita ou uma interposição de alça intestinal.

Histopatologicamente, a maioria dos tumores ureterais são papilíferos, vindo em segundo lugar o carcinoma de células escamosas, esta classificação segundo W.W. Scott em 1943.

A melhor maneira diagnóstica é através da urografia venosa seguida de pielografia retrógrada, sendo o exame de Papanicolaou de grande utilidade.

RESUMO

Os autores relatam a casuística e experiência do Serviço de Urologia, da 14ª Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, em 10 casos desta patologia, com tratamento e seguimento.

SUMMARY

The AA. report on 10 cases of primary ureteral tumours, their management and follow-up. They preconize venous urography and retrograde pyelography, as well as Papanicolaou's examination, to establish a correct diagnosis.

TUMOR DE URETER
10 CASOS

ANOS	VIVOS	ÓBITOS S/METÁST.	ÓBITO C/METÁST.
1–3	2		
		–	2
3–5	–	–	1
		5	–
5–10	–		

TUMOR DE URETER
10 casos

1. OPERAÇÃO – NEFRURETERECTOMIA – 10 casos
2. FAIXA ETÁRIA – 60 a 70 anos
3. LOCALIZAÇÃO: LADO DIREITO – 8 casos
   LADO ESQUERDO – 2 casos

   1/3 Inferior – 7 casos
   1/3 Superior – 2 casos
   1/3 Médio – 1 caso
4. CLASSIFICAÇÃO HISTOPATOLÓGICA:
   CARCINOMA PAPILÍFERO – 7 casos
   CARCINOMA DE CÉLULAS TRANSICIONAIS – 3 casos

BIBLIOGRAFIA

1) AMAR, A. D. Squamous Cell Carcinoma of Ureteral Stump 40 years after Nephrectomy. *J. Urol.*, 91:337, 1964.
2) BARROSO, C. H., FLORENCE, T. J. & SCOTT JR., C. Bilateral Papillary Carcinoma of Ureters: Presentation of Case and 2-year Follow-up. *J. Urol.*, 96:451, 1966.
3) CIBERT, J., RIGONDET, G. & CIBERT, J. Tumeurs de l'Uretère. Abouchements Ectopiques de l'Uretère. Les Urétérocèles. Masson & Cie., 1960.
4) COUTO Fº, D. Tumores Malignos do Ureter. *O Hospital*, 68:6, 1965.
5) FISHER JR., H. E. Exfoliative Cytology of Primary Tumours of Ureter. *J. Urol.*, 102:180, 1969.
6) KIRSCHNER, M., LURZ, L. & LURZ, H. *Tratado de Técnica Operatória*. Ed. Labor, 1966.
7) LOWSLEY, O. S. & KIRWIN, T. J. *Clinical Urology*. Williams & Wilkins Cº, 1940.
8) MOORE, T. Lesions of the Ureteric Stump after Nephrectomy. *Brit. J. Urol.*, 29:268-1958.
9) PETKOVIC, S. D. XII Congrès de la Société Internationale d'Urologie. Rio de Janeiro, Tome I, Rapports 1961.
10) PINHEIRO GUIMARÃES, U. Anais do Congresso Brasileiro de Urologia.
11) ROCHA BRITO, R., FERREIRA, A. A. & ALBUQUERQUE. Tumores de Ureter. *O Hospital*, 66:4-1975.
12) VIANNA, J. B. Carcinoma primitivo do Ureter. Gráf. Ed. Arte Moderna Ltda. Rio de Janeiro, 1970.
13) WALLACE, D. M. Tumours of the Ureter. *Proc. Royal Soc. Med.*, 62:94-1969.

traumatismo fechado de ureter

ADAY COUTINHO — JOSÉ CARLOS ARENHART
Do Serviço de Urologia do Hospital Municipal Souza Aguiar.

CONCEITO

O traumatismo ureteral fechado é uma entidade muito rara. Isto se deve provavelmente à posição do ureter localizado entre a cavidade peritoneal e a espessa musculatura da região lombar.

Em revisão de literatura, encontramos 17 casos de trauma unilateral e um caso de trauma bilateral de ureter. Acreditamos que o caso, ora descrito, seja o primeiro referido na literatura brasileira.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente E.M.C., feminina, 30 anos, que procurou o Serviço de Emergência do Hospital Municipal Souza Aguiar, após acidente de automóvel (colisão). Apresentava na ocasião bom estado geral, lúcida, mucosas coradas, pupilas isocóricas. PA: 130/80 mmHg e P: 80 bpm. Ao exame físico, observaram-se múltiplas feridas de face, hematoma na região supraclavicular direita e dor à palpação torácica do mesmo lado, abdome flácido e não doloroso à palpação. Hemograma, assim como bioquímica do sangue, estavam normais. O Serviço de Ortopedia diagnosticou fratura de clavícula e do 12° arco costal direito. Sutura da face, imobilização torácica e clavicular foram realizadas e a paciente foi internada para observação.

Aproximadamente 7 horas após sua internação, a paciente queixou-se de dor abdominal discreta no flanco direito e apresentou hematúria macroscópica. O abdome se encontrava doloroso à palpação superficial e profunda. A punção abdominal realizada foi negativa.

Na urografia excretora, observou-se extravasamento importante de contraste no terço superior do ureter direito para o espaço peri-renal. O restante do aparelho urinário era normal (fig. 1). Foi realizada cistoscopia, encontrando-se diversos coágulos na bexiga e ejaculação de urina sanguinolenta pelo meato ureteral direito. Paredes vesicais e uretra normais. Não foi realizado cateterismo retrógrado. O diagnóstico foi de secção ureteral, com indicação cirúrgica imediata.

Acesso através de lombotomia. A fáscia peri-renal estava tensa e sua abertura drenou grande quantidade de urina. Isolado o ureter, encontrou-se lesão longitudinal, com extensão aproximada de 2,5 cm, localizada 3 cm abaixo da junção pielureteral. Não houve secção total do ureter. Suturamos a lesão com categute cromado 4-0. Não foi usado qualquer tipo de derivação. A ferida drenou urina durante 4 dias, cessando a seguir. A urografia excretora no decimo-sêtimo dia do pós-operatório mostrou pequeno extravasamento de contraste com pielocaliectasia discreta (fig. 2).

DISCUSSÃO

Poland descreveu o primeiro caso de traumatismo fechado de ureter em 1968. Era uma menina e o diagnóstico foi de necrópsia (citado por Reznichek).

Existem 17 casos descritos na literatura mundial dos quais 10 casos no sexo masculino e 7 casos no feminino. A idade variou de 2 a 11 anos no sexo masculino e de 4 a 56 anos no feminino. Não foi relatada idade em 4 casos ocorridos em mulheres.

Cita-se a extrema flexibilidade da coluna vertebral, nas crianças, como causa de maior incidência da patologia nesta faixa etária. Em todos os casos, a lesão encontrava-se próxima à junção pielureteral[3].

Três mecanismos têm sido citados para explicar esta patologia:

1 — A lesão seria produzida por compressão do rim ou da pélvis renal contra a 12ª costela ou processo transverso.

2 — Por estiramento do ureter, por severa flexão lateral do tronco.

3 — Por súbito e violento deslocamento, para cima, do rim com o ureter permanecendo relativamente fixo na junção pielureteral, que desta maneira ficaria sendo o ponto de maior tensão, rompendo-se[2,3,5,6].

Uma associação dos primeiro e segundo fatores daria uma explicação razoável para esta entidade.

O diagnóstico precoce é raro, devido à pobreza dos dados clínicos. A hematúria pode ser o único sinal logo após o traumatismo, mas nem sempre está presente. A sintomatologia então associa-se ao extravasamento de urina no retroperitônio. O reconhecimento tardio da entidade obriga à nefrectomia na maioria dos casos[3,4].

O tratamento depende das condições do paciente e do diagnóstico precoce. O reparo primário é feito com espatulação e sutura. O uso de "stent" ou derivação por pielostomia ou nefrostomia é opcional.

No caso descrito, a lesão era parcial, a correção foi imediata, com bom resultado.

Fig. 1 — Urografia excretora pré-operatória, mostrando fratura no 12° arco costal e extravasamento acentuado de contraste no terço superior do ureter direito.

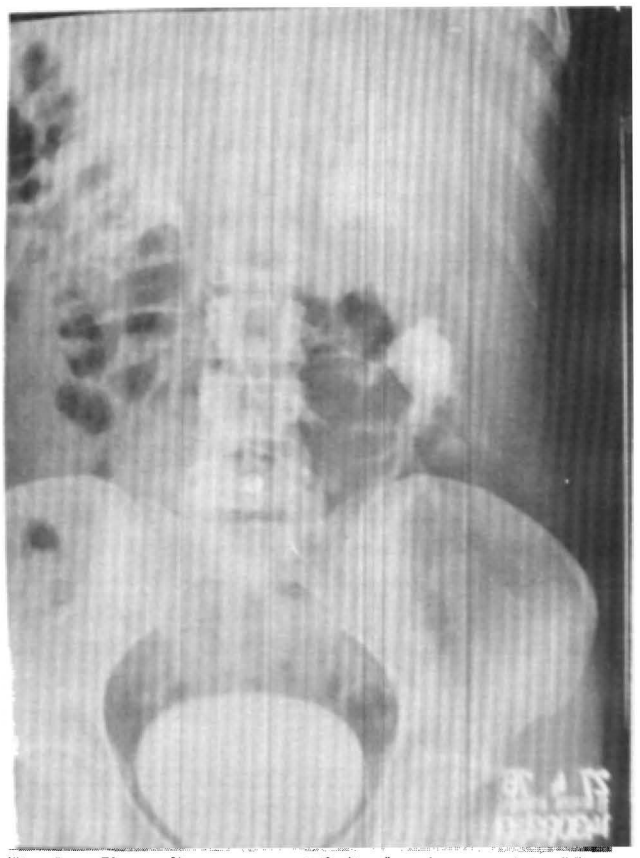


Fig. 2 — Urografia excretora, 17° dia do pós-operatório. Mostra pequeno extravasamento de contraste e discreta pielocaliectasia.

RESUMO

Os A.A. apresentam um caso de traumatismo fechado de ureter e chamam a atenção para a raridade da patologia e a dificuldade de diagnóstico precoce.

SUMMARY

The A.A. present the first Brazilian case about blunt ureteral trauma. They emphasize the fews cases related before. The diagnostic is hard to do right away, on account of the scarce symptomatology. The best treatment is the ureteral one with absorbable water-tight suture.

BIBLIOGRAFIA

1) AINSWORTH, TEMPLE; LMAR WEENS, W. & MERRELL, W.H. JR. Bilateral ureteral injury due to non-penetrating external trauma. *J. Urol.*, 96:439, 1966.

2) DEL VILLAR, RICARDO G., IRELAND, GERALDO W. & CASS, ALEXANDER S. Ureteral injury owing to external trauma. *J. Urol.*, vol. 107:29, 1972.

3) DIOKNO, ANANIAS C. Avulsion of the proximal ureter secondary to blunt trauma. *J. Urol.*, vol. 111:412, 1974.

4) FRUCHTMAN, BERNARD & NEWMAN, HARRY. Upper ureteral avulsion secondary to non-penetrating injury. *J. Urol.*, vol. 93:452, 1965.

5) RAE, C. R. Ureteral avulsion secondary to blunt-abdominal injury. *J. Urol.* vol. 110:188, 1973.

6) REZNICHEK, R. C.; BROSMAN, S. A. & RHODES, D. B. Ureteral avulsion from blunt trauma. *J. Urol.*, vol. 109:812, 1973.

reimplante de ureter com mobilização vesical e ancoramento no psoas

EDUARDO CÉSAR CÔRTES DE GOUVÊA E SILVA —
SÉRGIO AGUINAGA — GERALDO MAGELA DA COSTA VAZ

O presente trabalho tem por finalidade não mostrar uma técnica nova, mas, sim, relembrar uma que tem sido pouco usada e que nos foi de grande valia em vários casos.

Esta nossa conduta foi exigida devido ao problema de ureter insuficiente para fazer um bom reimplante nos casos de lesões altas do ureter terminal. Baseamo-nos, principalmente, nos trabalhos de Zimmerman e cols., mais tarde reafirmados por Turner Warwick.

Em nossa casuística, esta cirurgia foi realizada em fístulas uretero-vaginais (5 casos), lesão de ureter por projétil de arma de fogo e megaureter.

Em essência, a técnica consiste na mobilização lateral da bexiga, o suficiente para permitir a sua fixação no psoas, 2 a 3 cm acima dos vasos ilíacos, com reimplante feito da maneira preconizada por Politano-Leadbetter.

Pudemos observar que, apesar de fixada, a bexiga esvazia-se completamente, não apresentando resíduo pós-miccional nem refluxo.

Em virtude deste artifício, conseguimos obter um ótimo resultado, melhor e de maneira mais simples do que com as outras técnicas descritas por diversos autores.

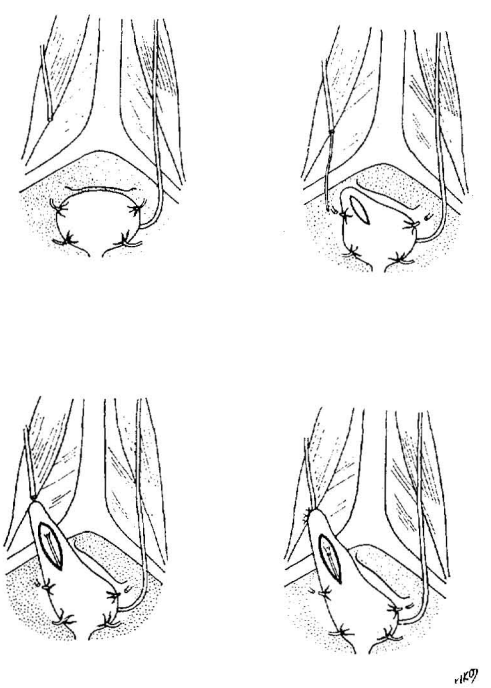


Fig. 1

Como ilustração, gostaríamos de mostrar alguns casos:

1) É um caso de traumatismo por arma de fogo com lesão ureteral e abscesso fechado. Foi feita nefrostomia de alívio e depois reimplante da maneira já descrita, podendo-se ver pelas radiografias a evolução do processo até a última, feita 2 anos após.

2) Um caso de fístula uretero-vaginal pós-histerectomia, em que não havia ureter suficiente para fazer um bom reimplante.

Este é um caso de megaureter congênito, com calculose secundária, em que havia uma dilatação de grande parte do ureter terminal e no qual fizemos o chamado "psoas-hitch" com ótimo resultado.

4) Por último, gostaríamos de mostrar esta radiografia do pós-operatório de uma fístula ureteral bilateral pós-Wertheim-Meigs, na qual já havia sido indicada uma ureteroileostomia cutânea. Com o método preconizado, conseguimos reimplantar bilateralmente.

Como se pode ver, a execução é simples e substitui plenamente cirurgias mais complexas, como Boari, autotransplantes, utilização de íleo e outras.

Fig. 2

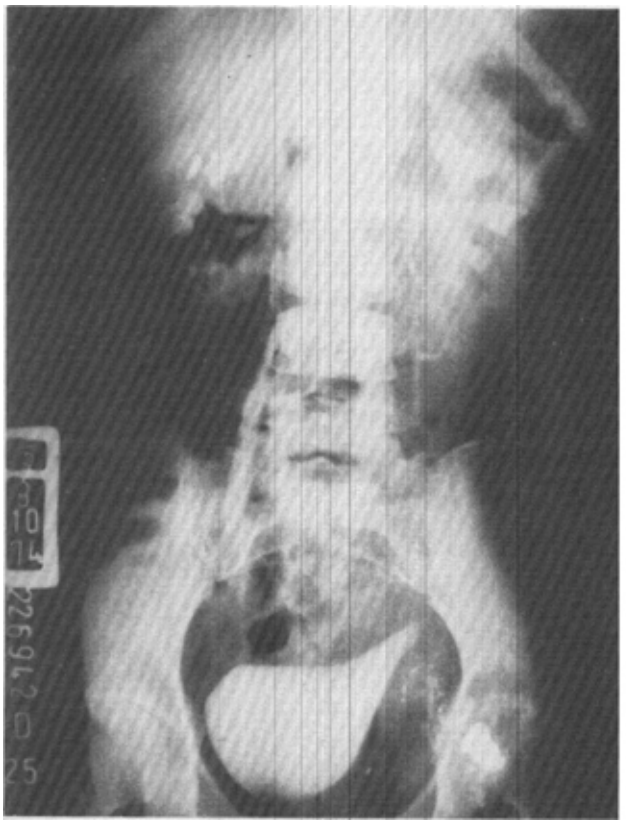


Fig. 3

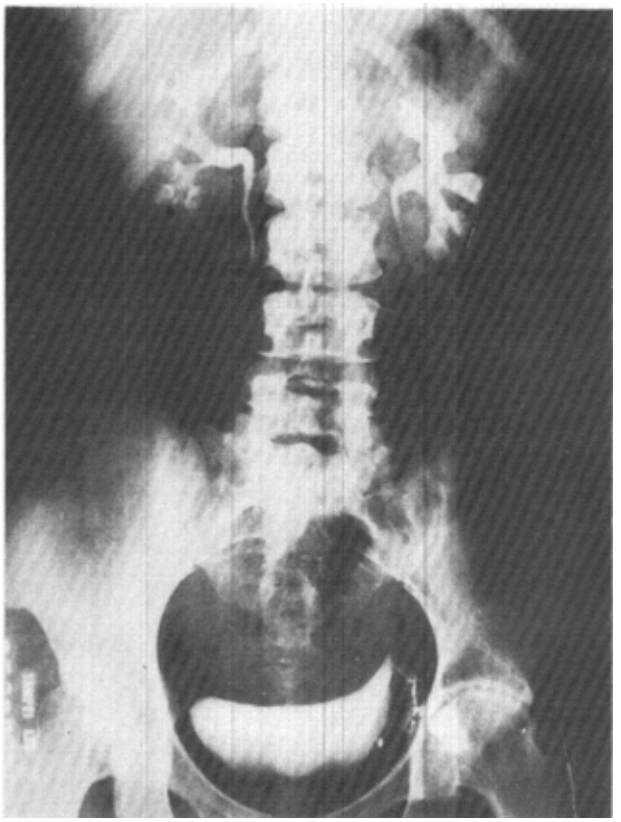


Fig. 4

Fig. 5

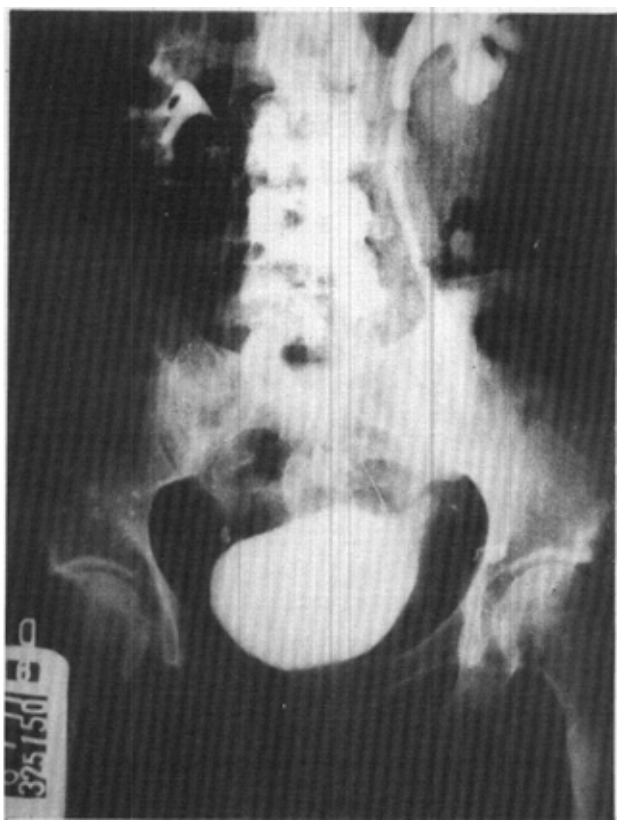


Fig. 6

Fig. 7

Fig. 8

Fig. 9

Fig. 10

RESUMO

Os autores mostram a técnica de reimplante de ureter com mobilização vesical e ancoramento no psoas, como alternativa simples e eficaz nos casos de lesões altas ou extensas do ureter terminal. Baseiam-se na experiência adquirida em 7 casos, nos quais a cirurgia citada evitou que tivessem de empregar técnicas mais complexas e de resultados imprevisíveis.

SUMMARY

The authors show the tecnique of ureter reimplantation by psoas bladder-hitch as a simple and efficient alternative in cases of extensive or high lesions of terminal ureter. They report on the experience of 7 cases in which that surgery avoided the use of more complex operations.

BIBLIOGRAFIA

1) TURNER WARWICK R., & WORTH P. H. L. The psoas bladder-hitch procedure for the replacement of the lower third of the ureter. *British J. Urology, 701, 1969.*

2) GROSS, M., PENG, B. & WATERHOUSE, K Use of the mobilised bladder to replace the pelvic ureter. *J. Urology,* 101, 40, 1969.

3) HARROW, B. R. A neglected manoeuvre for uretero-vesical reimplantation following injury at gynaecologic operations. *J. Urology,* 100, 280, 1968.

4) ZIMMERMAN, I. J., PRECOURT, W. E. & THOMPSON Direct uretero-cystoneostomy with the short ureter in the cure of ureterovaginal fístula. *J. Urology,* 83, 113, 1960.

tumor da bexiga

PAULO DE TARSO CRAIDY — CARLOS ARY VARGAS SOUTO — THIRSO DOS SANTOS MONTEIRO.
Do Serviço de Urologia da Santa Casa de
Misericórdia de Porto Alegre (RS).

INTRODUÇÃO

Os múltiplos métodos terapêuticos propostos para o tumor da bexiga constituem motivo de permanente preocupação por parte do urologista quanto à melhor conduta a adotar frente a determinada neoplasia vesical. Neste sentido, apresentamos a seguir a experiência do nosso serviço, nos últimos cinco anos.

MATERIAL E MÉTODO

Foram estudados 90 pacientes portadores de tumor primitivo de bexiga, sendo 79 do sexo masculino e 11 do feminino; o mais jovem tinha 7 anos e o mais velho 89 anos, apresentando uma média de idade dentre todos os pacientes de 59 anos, sendo que a faixa etária de maior incidência situou-se entre 45 — 65 anos. Havia 77 pacientes fumantes (85,5%) e o sintoma inicial foi hematúria em 86 pacientes (95,5%).

O diagnóstico foi confirmado usando-se os seguintes recursos:

1. Anamnese e exame físico;
2. Urografia excretória com cistografia;
3. Ressecção-biópsia endoscópica;
4. Palpação bimanual da bexiga;
5. Radiografia de tórax;
6. Exame anatomopatológico do material biopsiado;

De acordo com os métodos diagnósticos citados, foram encontrados carcinoma papilar em 82 pacientes, carcinoma epidermóide em 5 pacientes e sarcoma botrióide em 3 pacientes, correspondendo, respectivamente, a 91,1%, 5,5%, 3,4%.

Em relação ao grau de diferenciação celular, usando a classificação de Broders, encontrou-se nos pacientes com carcinoma papilar:

Grau I: 8 tumores (8,9%)
Grau II: 32 tumores (35,5%)
Grau III: 29 tumores (32,2%)
Grau IV: 13 tumores (14,5%).

O carcinoma epidermóide foi sempre moderadamente diferenciado com o sarcoma botrióide.

Utilizando a classificação de Jewett para o estagiamento, encontramos:

Estágio O: 8 tumores (8,9%)
Estágio A: 25 tumores (27,7%)
Estágio B1: 14 tumores (15,5%)
Estágio B2: 18 tumores (20%)
Estágio C: 10 tumores (11,2%)
Estágio D1: 8 tumores (8,9%)
Estágio D2: 7 tumores (7,8%).

Foram empregadas as seguintes formas de tratamento:

Em todos os casos, foi realizada a ressecção endoscópica do tumor, acrescida ou não de outro procedimento;

1. Ressecção endoscópica — 51 casos (56,6%)
2. Cistectomia parcial — 6 casos (6,6%)
3. Derivação urinária
   Radioterapia pré (4000 rads)
   Cistectomia radical — 3 casos (3,4%)
   Radioterapia pós (2000 rads)
4. Cistectomia radical
   Derivação urinária — 7 casos
5. Derivação urinária
   Radioterapia (6000 rads) — 2 casos (2,2%)
6. Radioterapia (6000 rads) — 15 casos (16,6%)
7. Quimioterapia local (Oncothiotepa) — 3 casos (3,4%)
8. Derivação urinária somente —3 casos (3,4%).

RESULTADOS

Verificou-se que mais da metade dos pacientes foi tratada apenas com ressecção endoscópica do tumor, embora esse procedimento seja mais indicado para os estágios O, A, e B1 do tumor. Explica-se pelo fato de que boa parte dos pacientes, após submeterem-se à ressecção, recusaram qualquer outro tratamento e, em alguns casos, o mau estado geral do paciente não permitiu procedimento mais agressivo, mesmo a radioterapia.

Dos 51 pacientes que se submeteram apenas à ressecção, havia 6 estágio O, que se encontram sem tumor há 2 anos; 18 estágio A, dos quais 15 sem tumor há 3 anos e de 3 não temos seguimento; 9 com estágio B1 onde 6 estão sem tumor há 1 ano, 2 sem seguimento e 1 óbito após a cirurgia; 6 pacientes com estágio B2 com óbito em 5 anos e 1 sem seguimento; nos estágios C e D, 11 pacientes faleceram num período de 6 a 8 meses após a cirurgia e 1 com sarcoma faleceu 1 mês após a ressecção.

Dos 6 pacientes submetidos à cistectomia parcial, 2 tinham estágio O e estão sem tumor há 5 anos; 3 com estágio A e 1 com estágio B1 estão sem tumor há 4 anos.

Submeteram-se à derivação urinária com irradiação pré e pós-cistectomia radical 3 pacientes, sendo que 1 com estágio C está sem tumor há 2 anos e os outros 2 faleceram no pós-operatório.

Dos 7 pacientes submetidos à cistectomia radical com derivação urinária, apenas 2 com estágio C e D1 estão livres de tumor há 2 anos; os demais faleceram num período que variou de 3 a 6 meses após a cirurgia.

Não temos seguimento dos 2 pacientes submetidos à derivação urinária com radioterapia.

Dos 15 pacientes submetidos à radioterapia, somente 1 era estágio A e 4 estágio B1 e estão sem tumor há 2 anos; 7 eram estágio B2, sendo que 6 estão sem tumor há 2 anos e 1 faleceu logo após o término da radioterapia; 2 com estágio C faleceram 6 meses após o tratamento e 1 com estágio D faleceu durante o tratamento.

Nos 3 pacientes em que foi feita a aplicação intravesical de Oncothiotepa, verificou-se diminuição do grau de diferenciação celular do tumor, porém recidiva em todos os casos, os quais permaneceram no entanto no mesmo estágio pré-quimioterapia, que era A. A evolução é de 3 anos e atualmente todos encontram-se sem tumor.

Os 3 pacientes em que foi realizada apenas a Derivação Urinária faleceram dentro de 6 meses e todos eram estágio D2.

RESUMO

Os autores apresentam um estudo retrospectivo dos últimos cinco anos, referente a noventa casos de tumor de bexiga tratados na Enfermaria 31 da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Serviço do Prof. Thirso dos Santos Monteiro.

É feito um relato, basicamente, correlacionando o estágio de evolução do tumor e seu aspecto anatomopatológico com o tratamento instituído e os resultados obtidos.

SUMMARY

The AA. report on 90 cases of bladder tumors during the last 5 years in their Service of Urology, at Porto Alegre. They study the anatomopathological aspect and evolution of the tumor, as well as its management and the results obtained.

BIBLIOGRAFIA

1) BARNES, R. W. & OTHERS. Control of bladder tumors by endoscopic surgery. *J. Urol.*, 97: 864-8, 1967.
2) CORDONNIER, J. J. Cystectomy for carcinoma of the bladder. *J. Urol.*, 99: 172-3, 1968.
3) JEWETT, H. J., KING L. R. & W. M. SHELEY. A study of 280 cases of infiltrating bladder cancer: Relation of certain pathological characteristics to prognosis after extirpation. *J. Urol.*, 92: 668-78, 1964.
4) KAUFMAN, J. J. The management of tumors of the bladder. *Practitioner,* 197: 611-9, 1966.
5) WHITMORE, W. F. & V. F. MARSHALL. Radical total cystectomy for cancer of the bladder: 230 consecutive cases five years later. *J. Urol.*, 87: 853-68, 1962.

associação do síndrome de Klippel-Trenaunay com hemangioma vesical

CARLOS R. H. ANTUNES — JAYME FINCO
Do Hospital da Criança Sto. Antônio e da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Porto Alegre (RS).

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Revisando a literatura em função do caso motivo de nosso presente trabalho, encontramos um artigo dos Drs. Thomas W. Klein e George W. Kaplan[1], que versa sobre dois casos de síndrome de Klippel-Trenaunay associados com hemangiomas do trato urinário.

O síndrome de Klippel-Trenaunay é congênito e caracteriza-se por: 1) hemangiomas cutâneos da variedade "vinho-do-porto", 2) veias varicosas e 3) hipertrofia óssea e dos tecidos moles da extremidade comprometida[1,13,14]. A opinião generalizada é que as alterações observadas ao nível dos tecidos moles e ósseos sejam secundárias a anomalia vascular[12], contudo, há 3 hipóteses para explicá-las:

Parkes-Weber (1908) sugeriu que haveria um distúrbio neuro-vasomotor, causado por lesão do segmento tóraco-lombar da medula, determinando ectasia de artérias e veias da extremidades comprometida: fleboarterectasias[12].

Rienhoff (1924), Reid (1925) e Horton (1931), revisando casos relatados, dissecções e cirurgias, demonstraram que havia comunicações diretas entre artérias e veias, usualmente múltiplas, em quase todos os casos em que a hipertrofia era um fato.

Blumgart e Ernstnee (1932) acharam que tais alterações pudessem ser causadas, também, por comunicação artério-venosa indireta, através de múltiplos, pequenos e ectásicos vasos da ordem arteriolar e capilar[12].

Sir Prescott Hewitt, no "Lancet", em 1867, relatou um caso em que havia aumento do volume de uma perna, que era anormalmente quente e vascularizada, havendo, também, manchas cor "vinho-do-porto" e um sopro sistólico audível sobre o precórdio[17].

No entanto, quem caraterizou o síndrome e lhe sugeriu origem congênita foram Klippel e Trenaunay, em 1900[1,14].

Von Eiselsberg, em 1899, também havia descrito caso similiar (citado em 12).

Parkes-Weber, em 1907 e 1908, relatou e em 1918 coletou dados de várias fontes sobre 14 situações semelhantes[12,15,16]. Através desses estudos, Parkes-Weber, na verdade, descreveu uma segunda entidade, semelhante à tríade de Klippel e Trenaunay, com a adição de fístula artério-venosa. Ele arbitrou denominar as anomalias vasculares associadas com alterações ósseas e dos tecidos moles de hipertrofia hemangiecotásica. De fato, criou o que podemos chamar um novo síndrome: a tríade de Klippel e Trenaunay mais hipertrofia hemangiectásica = síndrome de Parkes-Weber e Klippel-Trenaunay.

O envolvimento do trato geniturinário em pacientes com síndrome de Klippel-Trenaunay não é mencionado freqüentemente[1]. Fotografias existentes nos artigos de Lindenauer[2], Cullity[3] e Martorell e Monserrat[4] revelam o comprometimento da genitália externa; ressalte-se que um dos pacientes de Lindenauer teve hematúria idiopática[1,2,4,5].

Klein e Kaplan[1] crêem que seu 1° caso de síndrome de Klippel-Trenaunay seja também o 1° relatado com associação definitiva de hemangioma vesical[1]; seu paciente apresentava intensa hematúria, que determinou cistectomia parcial[1]. Os mesmos autores acreditam que o comprometimento hemangiomatoso da bexiga e do trato urinário baixo, nos pacientes com síndrome de Klippel e Trenaunay, possa ser menos incomum do que se acredita. Pensam isso em função do comprometimento das veias ilíacas (obstrução e/ou dilatação).

Macalpine[6] relatou um caso de hemangioma vesical, em 1930, no qual havia também hemangiomas do pênis, escroto, reto, ânus e coxa; citou, também, um caso de Bachrach com extensos nevus na coxa. Não ficou demonstrado tratar-se de caso de síndrome de Klippel-Trenaunay.

Fuleihan e Cordonier[7] relataram um caso de hemangioma vesical associado com múltiplos hemangiomas congênitos do membro inferior direito, nádega, períneo, vagina e vulva. Os autores não fizeram referência a síndrome de Klippel-Trenaunay em relação ao seu caso.

Klein e Kaplan[1] encontraram, na literatura, 5 casos de pacientes com hemangiomas vesicais associados com angiomas da genitália externa[6,8].

O hemangioma da bexiga já é raro por si só, talvez o mais raro dos tumores vesicais. As duas revisões mais detalhadas de hemangioma de bexiga são as de Fuleihan e Cordonier e Segal e Fink[7,9]. Até março de 1975, foram relatados 43 casos de hemangioma vesical comprovado à histologia[1,6,8].

Os hemangiomas vesicais podem acometer pacientes de qualquer idade; contudo, mais de 50% dos casos relatados referem-se a pacientes com menos de 20 anos[1]. O sinal mais comum é a hematúria

macroscópica. Não há preferência por sexo. O diagnóstico pode ser feito pela aparência cistoscópica característica, na maioria dos casos[1]. O tratamento de escolha é a cistectomia parcial ou a excisão local ampla, se possível[1]. Embora ocorram recorrências locais, o hemangioma vesical é um tumor benigno e a cura geralmente ocorre quando se faz a excisão. Há apenas um caso de angiossarcoma vesical relatado[10]. A radioterapia pode ser considerada nas opções terapêuticas, especialmente nos casos de hemangiomas vesicais múltiplos, de mau estado geral do paciente e nos comprometimentos do trígono e colo da bexiga[1]. A biópsia transuretral ou a ressecção transuretral dos hemangiomas vesicais são contra-indicadas, em função da natureza dos tumores (crescimento em "iceberg") e da marcada possibilidade de grandes hemorragias. Há menção de três óbitos determinados por hemorragia de hemangioma vesical, um deles após biópsia transuretral.[1,11]

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um menino de cor branca, nascido em Santo Ângelo, no dia 09/8/1973, registrado no HCSA sob o nº 33653.

Baixou pela primeira vez no HCSA em 11/10/1974, com 14 meses de idade, por apresentar sangue e pus às evacuações. Anteriormente, já fora internado por três vezes em função de anemia aguda hemorrágica e por quatro vezes, apresentando broncopneumonia, bem como uma vez, por prolapso retal e febre, em outros Serviços.

Nasceu de parto normal e a termo no Hospital da Cidade de Santo Ângelo, tendo recebido BCG e Sabin. Ao nascer apresentava lesões hemangiomatosas na coxa direita, 3º, 4º e 5º dedos do pé direito, atrofia do 4º e 5º dedos e hipertrofia do 3º dedo do mesmo pé. Havia também hemangioma ao nível do sulco interglúteo e pequenas excrescências perianais. No 25º dia de vida, começou a ocorrer sangramento do hemangioma da coxa, periodicamente. Com dois meses, iniciou a evacuação de pus e sangue com as fezes, tendo cessado a mais ou menos 15 dias da primeira baixa.

Ao exame físico, observavam-se lesões hemangiomatosas, cor de "vinho-do-porto", nos locais referidos acima, bem como as anomalias já referidas. Seu estado geral era bom, as mucosas úmidas e descoradas.

Nessa ocasião, foi feita a hipótese diagnóstica de hemangiomatose intestinal a esclarecer.

Em função de tal hipótese, foram realizados os seguintes exames radiológicos:

Abdômen simples: "Radiografias simples do abdômen não evidenciam alterações significativas no campo abdominal. Não há evidências de hepato ou esplenomegalia. Obs.: Em tecido celular subcutâneo adjacente lateralmente à articulação coxofemoral direita, correspondendo à nádega direita, visualizam-se formações densas, de contornos irregulares, relacionando-se muito provavelmente a hemangioma."

Tórax: "Discutíveis focos de consolidação (broncopneumônicos) em segmentos basais direitos".

Enema baritado do cólon: "Ao estudo radiológico de grosso intestino por enema baritado simples, verifica-se deformidade do reto, que se apresenta estreitado e alongado, de contornos alisados, sugerindo infiltração submucosa do referido segmento de cólon. Radiografia obtida após evacuação sugere alargamento de pregas mucosas do reto, visualizado em incidência frontal, do tipo que se tem observado em dilatação de vasos do plexo hemorroidário. A possibilidade de que as referidas modificações estejam relacionadas a processo inflamatório de reto e sigmóide parece menos provável, embora não possa ser completamente afastada. Não há evidências de alterações ao longo dos demais segmentos de grosso intestino, que contêm regular quantidade de conteúdo fecal (resíduos)."

Intestino delgado: "Não há evidências de alterações significativas, ao longo da parede e mucosa, dos diversos segmentos opacificados de jejuno e íleo. Passagem ampla de contraste através da válvula íleocecal, para o grosso intestino. Sugere-se urografia excretora e cistografia".

Além disso, para melhor investigar o membro inferior direito, foram realizados os seguintes estudos:

Coxa e perna direitas: "Ao estudo radiológico comparativo de ambos os membros inferiores, visualiza-se alongamento discreto das diáfises do fêmur e aparentemente também da tíbia direita, em comparação ao lado oposto (hemi-hipertrofia), relacionando-se a presença de diversos nódulos subcutâneos, determinados por hemangiomas cavernosos, ao longo de tecido celular subcutâneo na face lateral da coxa e face lateral e posterior da perna correspondente".

Pé direito: "Incidências radiográficas, focalizadas no pé direito, permitem verificar grande avultamento de tecidos moles do pé anterior, principalmente ao nível dos 1º, 2º e 3º pododáctilos (em grande desproporção com as dimensões dos 4º e 5º pododáctilos), o que deve estar condicionado a lipomatose, que acompanha frequentemente casos de hemi-hipertrofia relacionada a hemangiomatose. Sugere-se, visando eventual planejamento cirúrgico, arteriografia do membro inferior direito, incluindo pé".

Aortografia abdominal: "Opacificação dos diversos ramos arteriais abdominais, os quais não se

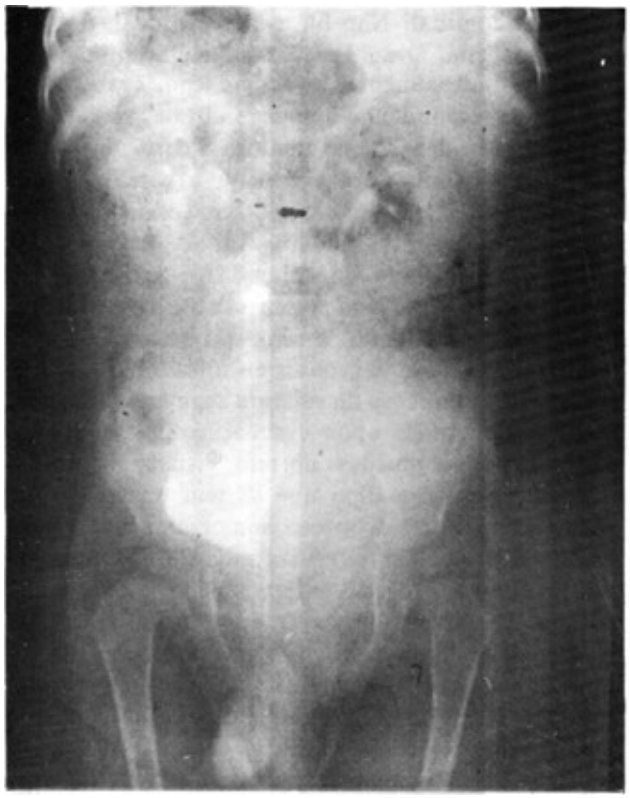


Fig. 1

Fig. 2

Fig. 3

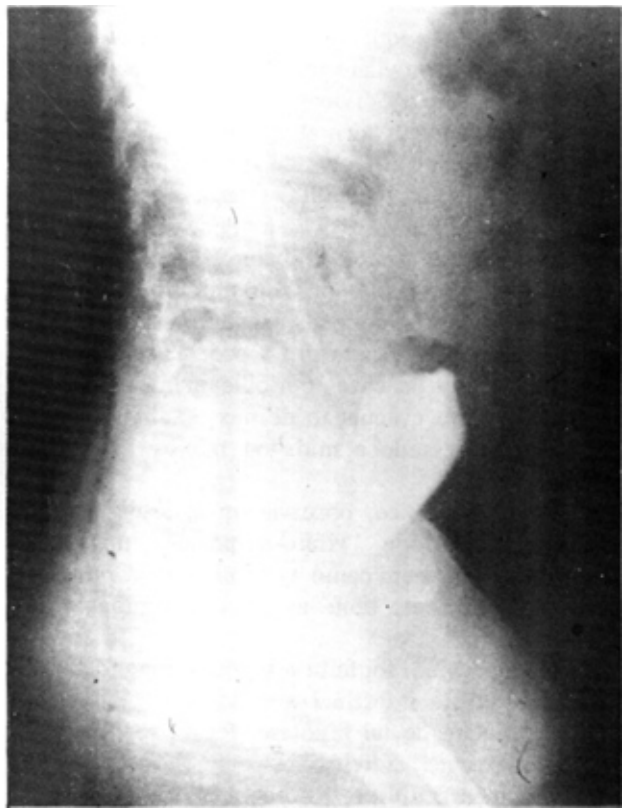


Fig. 4

Fig. 5

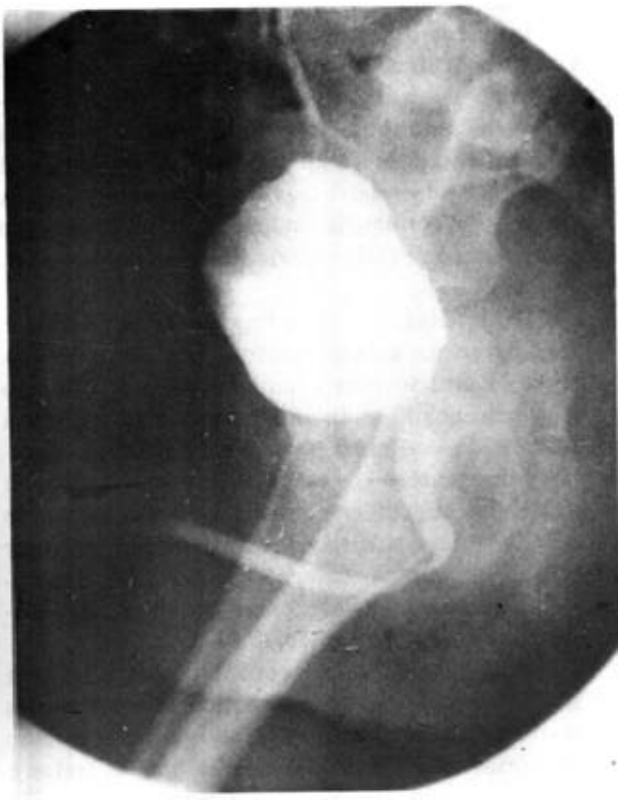


Fig. 6

Fig. 7

apresentam deslocados significativamente ou estirados, bem como se observam vasos neoformados. Obs.: Radiografias abdominais, tardias, mostram opacificação de estruturas pielocalicinais bilateralmente, bem como também do ureter direito e bexiga urinária (que se apresentam deslocados em direção à linha média e ventralmente, principalmente a bexiga urinária), por volumosa massa tumefaciente, que ocupa a pequena pélvis e parte do hemiabdômen inferior, à direita".

"Flebografia do membro inferior direito: "Opacificação da safena externa, que se apresenta calibrosa, inclusive com grande dilatação junto ao cajado, percebendo-se inclusive refuxo de pequena quantidade de contraste para a veia femoral. Opacificação de enovelado de vasos calibrosos, situado em tecido celular subcutâneo adjacente lateralmente ao cajado da safena (provável malformação vascular venosa, hemangioma cavernoso). Não há opacificação dos demais hemangiomas cutâneos ou subcutâneos visíveis externamente".

Uma retossigmoidoscopia, realizada em 29/10/74, revelou: "Reto e sigmóide sem alterações dignas de nota. Canal anal infiltrado (infiltrações não inflamatórias) por prováveis vasos anômalos (veias e linfáticos). A zona do canal anal é particularmente friável e sangrante ao nível das seis horas".

Tais investigações levaram o paciente à laparotomia exploradora, em 20/11/1974, com o diagnóstico pré-operatório de tumor abdominal. Foi feita laparotomia transversa direita, ao nível da região inguinal, tendo-se encontrado tumoração linfangiomatosa sobre os vasos da coxa. A intervenção foi suspensa, pois a lesão foi considerada inoperável.

Recebeu alta, melhorado, após compensação do estado geral.

Em 25/02/1977, baixou novamente no HCSA, por estar apresentando, há duas semanas, a partir da baixa, disúria e hematúria (com eliminação de coágulos na urina, ocasionalmente). Veio transferido da Santa Casa, para avaliação cirúrgica. Nesta ocasião, o estado geral era bom, havendo as mesmas lesões já descritas, acrescidas de aumento da bolsa escrotal, que apresentava coloração vinhosa. Surpreendeu-se hematúria macroscópica total, durante o exame.

Durante a segunda baixa, necessitou fazer grande quantidade de sangue, em função de intensos episódios de hematúria; o hematócrito chegou a 12%.

A urografia excretória revelou: "Deformidade do contorno superior da bexiga urinária, onde se visualizam grandes vegetações protruindo na luz vesical, adjacentes às quais são visíveis pequenos flebólitos descritos ao exame simples. Colo vesical e uretra opacificados durante micção, com aspecto radiológico normal. Rins com forma, contornos, situação e dimensões normais bilateralmente. Formações pielocalicinais e ambos os ureteres parecem livres de alterações. Conclusão: As modificações encontradas, ao nível da luz vesical e parede, sugerem com maiores probabilidades hemangioma intramural. Está indicada cistoscopia."

No dia 14/3/1977, foi realizada cistoscopia, onde se evidenciou tumoração hemangiomatosa semelhante às observadas no membro inferior.

As lesões foram tratadas conservadoramente e a criança recebeu alta em 24/3/1977, com o estado geral compensado.

COMENTÁRIOS

No presente caso, trata-se de uma síndrome de Klippel-Trenaunay, em sua forma mais florida, pois havia hemangiomas cutâneos da variedade "vinho-do-porto" (na extremidade comprometida), veias varicosas do mesmo lado e hipertrofia óssea e dos tecidos moles de tal extremidade. Além disso, constatou-se a coexistência de hemangioma vesical. Acreditamos, como Klein e Kaplan , que, na presença de tal síndrome, deve-se afastar a possibilidade de hemangioma vesical (cistoscopia, urografia e uretrocistografia).

O paciente faleceu em sua residência, no dia 9/5/77.

RESUMO

Os autores apresentam um caso de síndrome de Klippel-Trenaunay associado com hemangioma de bexiga (reg. 33653, HCSA-PA), em um paciente com 4 anos, que baixou 2 vezes no Hospital da Criança Santo Antônio, de Porto Alegre, a segunda delas com hematúria total, repercutindo sobre a volemia.

Fazem uma revisão bibliográfica sobre o assunto e concluem que tal associação é bastante incomum. Os hemangiomas de bexiga já são raros por si sós, havendo apenas 43 casos relatados, com confirmação histológica, até março de 1975.

Tecem considerações acerca da etiopatogenia de tal entidade e comentam os princípios gerais de sua terapêutica.

SUMMARY

A case of Klippel-Trenaunay syndrome, associated with bladder angioma, in a 4-year male child, is reported. This is a real uncommon association, as bladder hemangioma is not frequent at all (only 43 cases reported with histological confirmation, until march 1975).

BIBLIOGRAFIA

1) THOMAS W. KLEIN & GEORGE W. KAPLAN. Klippel-Trenaunay Syndrome Associated with Urinary Tract Hemangiomas. *Jour. of Urology*, vol. 114, october, 1965, p.: 596-600.

2) LINDENAUER, S. M. The Klippel-Trenaunay Syndrome: varicosity hypertrophy and hemangioma with no arteriovenous fistula. *Ann. Surg.*, 162: 303, 1965.

3) CULLITY, T. B. Hypertrophy of the leg with associated vascular abnormality (the Klippel - Trenaunay syndrome): report of a case. *Med. J. Aust.*, 2: 773, 1951.

4) MARTORELL, F. & MONSERRAT, J. Atresic iliac vein and Klippel-Trenaunay syndrome. *Angiology*, 13: 265, 1962.

5) LINDENAUER, S. M. Congenital arteriovenous fistula and the Klippel-Trenaunay syndrome. *Ann. Surg.*, 174: 248, 1971.

6) MACALPINE, J. B. Two cases of Hemangioma of the bladder. *Brit. J. Surg.*, 18: 205, 1930.

7) FULEIHAN, F. M. & CORDONNIER, J. J. Hemangioma of the bladder: report of a case and review of the literature. *J. Urol.*, 102: 581, 1969.

8) STANLEY, K. E., JR. Hemangioma-Lymphangioma of the bladder in a child: report of a case with associated hemangiomas of the external genitalia. *J. Urol.*, 96: 51, 1966.

9) SEGAL, A. D. & FINK, H. Cavernous hemangioma of the bladder. *J. Urol.*, 47: 453, 1942.

10) JUGANO, F. Sur un cas d'angiosarcome de la vessie. *Ann. des Mal. Org. Génito-urin.*, 25: 1451, 1907.

11) HANSHER, J. B., FARRAR, T. & MOORE, T. D. Congenital vascular tumors and malformations involving urinary tract: diagnosis and surgical management. *J. Urol.*, 80:299, 1958.

12) T. B. CULLITY. Hypertrophy of the leg with associated vascular abnormality (the Klippel-Trenaunay Syndrome): report of a case. *Med. J. Australia*, december 8, 1951, p. 773.

13) S. MARTIN LINDENAUER. The Klippel-Trenaunay Syndrome: varicosity, hypertrophy and Hemangioma with no arteriovenous fistula. *Ann. of Surg.*, August, 1965, p. 303.

fístula vésico — corporal: menúria

MARCELO MARTINS COSTA — C. BRAGA NETO —
OTÁVIO MOREIRA XAVIER — MÁRIO ANTÔNIO FERNANDES.
De Belo Horizonte (MG)

COMENTÁRIOS GERAIS

Youssef reviu 7 casos de menúria, em 1957. Mais 4 casos foram publicados na literatura, desde 1954.

Este caso foi apresentado no XIV SBU. Youssef forneceu uma explicação para os achados clínicos, incluindo a ausência de drenagem, através do colo uterino. Postulou a existência de um esfíncter funcional ao nível do istmo uterino, o qual impediria a passagem da urina ou do sangue menstrual. Sob condições normais, o sangue distende a cavidade uterina, que seria o estímulo ao relaxamento esfincteriano. Youssef demonstrou, posteriormente, que uma alta pressão seria necessária para vencer a resistência do colo.

Quando o meio de contraste é instilado na bexiga, não passa ao útero, a menos que tal pressão seja muito elevada pela distensão da bexiga.

APRESENTAÇÃO DOS CASOS

1º — MVLS., fem., faioderma, 31 anos, casada, submetida a múltiplas cesáreas, com queixas de perdas de sangue pela bexiga, cíclicas, mensais, sem incontinência urinária.

Assintomática do sistema geniturinário até 6 anos atrás, quando, após sua quinta e última cesárea, iniciou sua sintomatologia.

Ao exame físico — Cicatriz cirúrgica (cesáreas) mediana.

Ao exame ginecológico — Secreção vaginal espressa, esbranquiçada, útero de F.T.C.M. normais e posição intermediária, orifício cervical permeável ao histerômetro: 8cm.

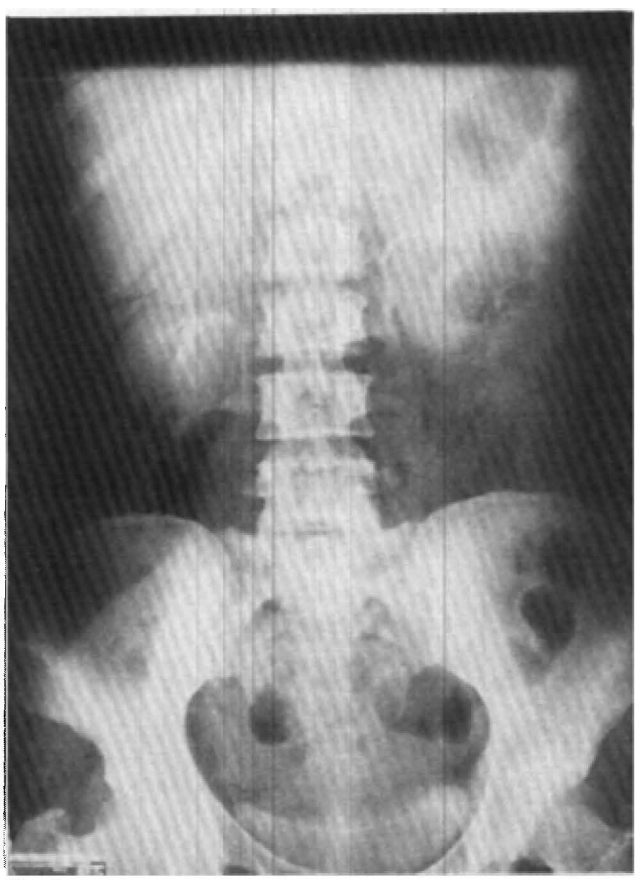


Fig. 1

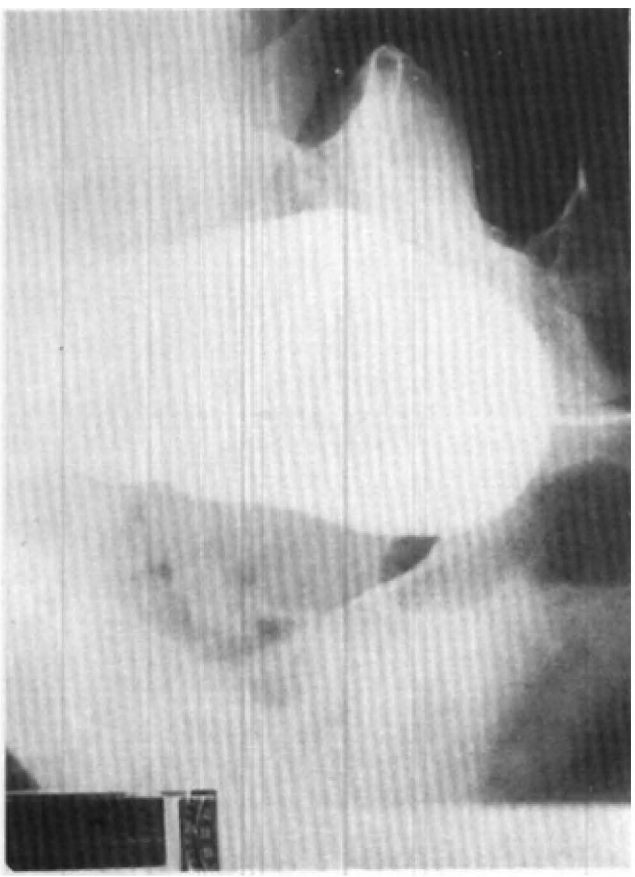


Fig. 2

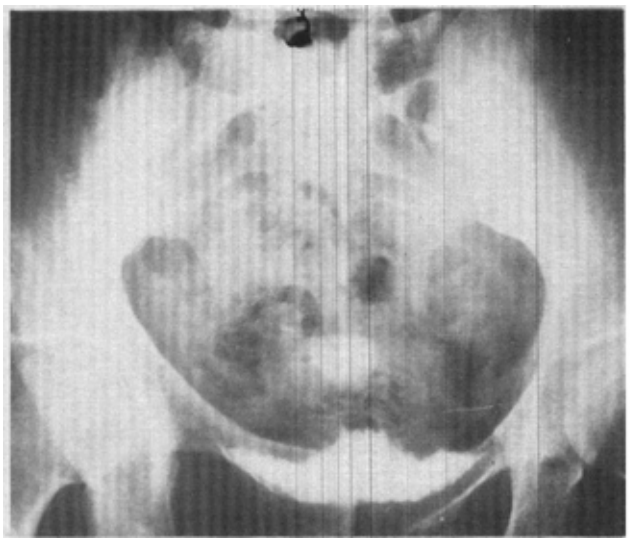


Fig. 3

Fig. 4

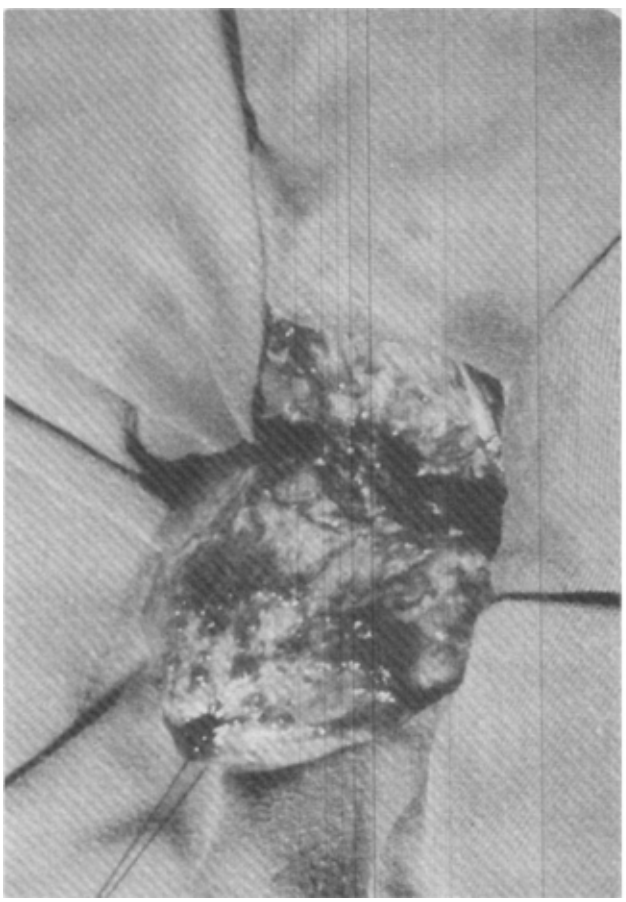


Fig. 5

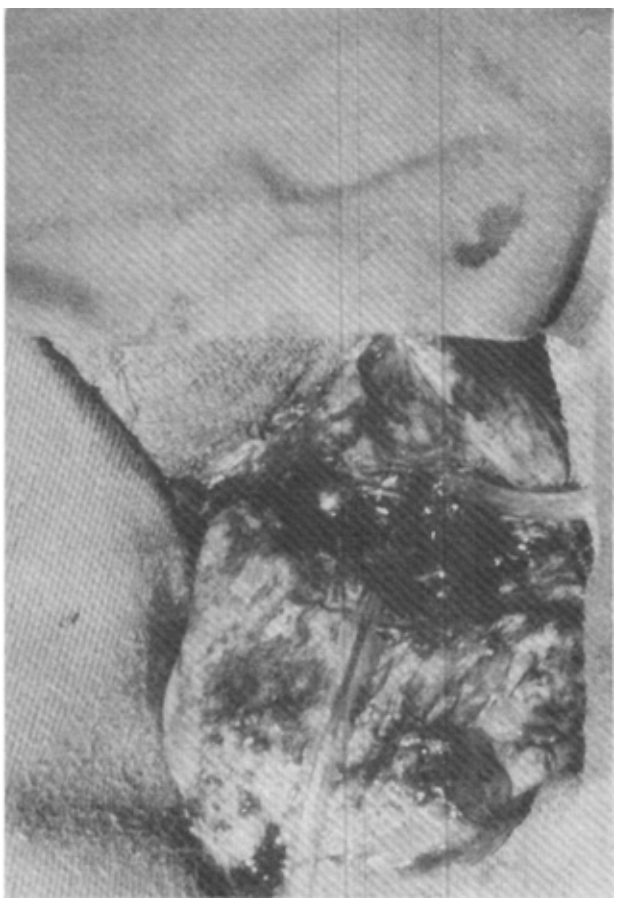


Fig. 7

Fig. 8

Fig. 9

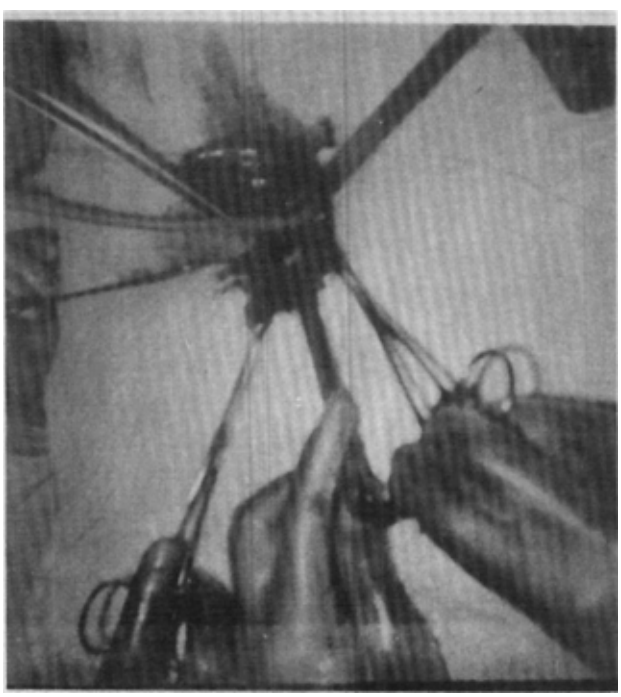


Fig. 10

EXAME UROLÓGICO

Urina sob cateterismo com 10 hemátias / campo fora do período menstrual.

À cistografia, impressão de não enchimento da cavidade uterina.

À urografia excretora — Ureterectasia moderada, à esquerda.

Cistoscopia — Orifício de fístula vesical. Uterina? (na sua parede posterior).

CIRURGIA

Correção da fístula vésico-corporal (útero) e histerectomia total, por via abdominal, recebendo alta, curada, após 8 dias de cateterismo vesical.

2º — NLC, fem., leucoderma, casada, 32 anos.

Refere urinar sangue periodicamente há 2 meses, após sua terceira cesárea (27-12-76), em períodos de 5 a 6 dias de duração e de 30/30 dias.

Foi internada em duas ocasiões, para investigação urológica, tendo sido feitas duas urografias excretoras, inconclusivas (*sic*).

Seu obstetra teria dito à paciente que o parto cesáreo teria sido muito difícil devido à aderência (*sic*).

Gesta 3, partos 3, abortos, 0.

EXAMES COMPLEMENTARES

Urina — Hemátias inúmeras (período pós-menstrual).

Sangue — Hemograma — anemia. Bioquímica — normal.

EXAMES RADIOLÓGICOS

Urografia excretora

Cisturetrografia miccional — Fístula vésico-uterina

Uretroscopia — Confirmado achado da endoscopia.

Histerossalpingografia — Confirmou a fístula vésico-uterina.

TRATAMENTO

Histerectomia subtotal; fechamento da fístula vesical.

EVOLUÇÃO

Alta, curada, após 8 dias de pós-operatório com sonda vesical.

RESUMO

Até bem pouco tempo o termo menúria era desconhecido para os urologistas. Aproximadamente 20% dos casos de fístula vésico-uterina (10 casos em 45 compiladas por Steg) apresentam o quadro clássico de hematúria cíclica que Youssef denominou menúria.

O encontro de dois casos motivou-nos esta apresentação em virtude de o diagnóstico poder ser feito somente com uma minuciosa anamnese e uma endoscopia.

SUMMARY

A case of intermittent hematuria (menouria) is reported. Diagnosis has been done after endoscopy.

BIBLIOGRAFIA

YOUSSEF A. F. Menouria following lower segment cesarean section. *Am. J. Obst. Gynec.* 1957, 73:759,767.

STEG, A. DAYAN, R. E. & HADDAD, J. C. Du diagnostic et du traitement des fistules vésico-utérines. *J. d'Urol. et de Néphrol*, 1974,80:924-927.

MEDEIROS, A. S., & GUINARÃES, M. V. Youssef syndrome — a case report. *J. of Urol.*, 1973, 109:828,829.

síndrome de Prune Belly

LOURIVAL BARBALHO — WALTER GONÇALVES — LUÍS GONZAGA SOUZA FILHO
EDUARDO JORGE FERREIRA.
Da Clínica Urológica do Pará — Hospital São Paulo (Belém-PA.)

SINONÍMIA

Síndrome de amioplasia abdominal congênita ou abdômen em ameixa.

INTRODUÇÃO

Em 1839, Froelich reportou o primeiro caso: o de um menino com um defeito do músculo lateral do abdômen, tórax deformado, com possível malformação renal e testículo de localização ectópica.

Parker, em 1895, fez uma observação completa e exaustiva, caracterizando a tríade sintomatológica.

A denominação de síndrome de Prune Belly foi introduzida por Osler, em 1901.

Até 1950, foram registrados 45 casos. A partir daí, deu-se um passo avante no conhecimento desta enfermidade, principalmente graças aos esforços de Silvermann e Huang.

Williams e Burkholder reportaram 120 casos, em 1967, aos quais juntaram 20 observações próprias. Ainda nesta mesma época, Bourne e Cerney referiram 6 casos, perfazendo-se assim um total de 146 casos, sendo 140 em homens e 6 em mulheres.

Barnhouse, em 1972, fez uma revisão na casuística e encontrou um total de 175 observações.

Em 1975, Kirks e Taybi relataram a ocorrência de 245 casos.

Em Belém, foram encontrados 2 casos da síndrome em questão: o primeiro de uma criança de 9 anos e o segundo de um adulto com 22 anos de idade, que se constituem de "per si" em raridades, uma vez que poucos pacientes atingem a adolescência e um número ainda menor chega à idade adulta.

É interessante frisar que se desconhecem citações na literatura regional, talvez por uma deficiência de orientação diagnóstica, dados bibliográficos ou mesmo ausência de casos.

Em vista do exposto, consideramos o nosso trabalho como de real utilidade e valor científico.

A ausência congênita da musculatura abdominal, anormalidades várias do trato e criptorquidia são os elementos que compõem a síndrome do "abdômen em ameixa".

O aspecto clínico é o de um abdômen aumentado de volume, delgado, enrugado e no qual se observam os contornos visíveis das alças intestinais.

A ausência ou deficiência completa, e às vezes parcial, dos músculos transversos, oblíquo interno e externo é notada. Em alguns casos, uma camada fibrosa ou uma fina camada muscular relaxada é encontrada, mas, muitas vezes, nada se encontra entre pele, gordura e peritônio. A pele está enrugada e fica com pregas redundantes. Como os músculos abdominais inferiores são mais gravemente afetados, a tentativa de contrair os músculos abdominais produz um movimento ascendente da cicatriz umbilical. Embora a anomalia da musculatura da parede abdominal seja acentuada, surpreendentemente ocasiona poucos distúrbios, exceto os pulmonares, atribuíveis ao precário apoio abdominal, e uma tosse fraca. A causa da ausência dos músculos abdominais não está esclarecida; parece ser, segundo Stuneme, que a obstrução distal ou proximal do colo vesical determina distensão da bexiga, com dilatação secundária do ureter e hidronefrose; como resultado da pressão exercida pela bexiga distendida contra a parede abdominal, ocorre a atrofia muscular. Dentre os adeptos desta tese inclui-se a Clínica Mayo (Dant, Emmett e Kennedy).

As anomalias das vias urinárias são difusas. A bexiga é muito dilatada e contrai-se de modo precário, os ureteres mostram-se dilatados e não existe peristaltismo ou, se existe, é muito débil; há hidronefrose bilateral. Em certos pacientes, os rins são displásicos, talvez como conseqüência de obstrução durante a gravidez. Foi descrito apenas um caso com a presença de válvulas na uretra posterior (Bourne e Cerney).

Radiologicamente, observa-se a presença de vias urinárias nitidamente dilatadas, amiúde em associação com precária função renal, demonstrada na pielografia intravenosa; verifica-se, freqüentemente, refluxo bilateral no cisturetrograma miccional; os ureteres são tortuosos e podem apresentar dilatação segmentar ou sacular, com um tempo retardado de esvaziamento; a bexiga, geralmente, é ampla e o ápice vesical estende-se até o umbigo, chegando às vezes a ultrapassá-lo; uma dilatação grosseira da uretra prostática é atribuída a deficiência de músculo e túbulos prostáticos e pode ser demonstrada pela uretrocistografia miccional. A dilatação da bexiga, ureter e pelve renal pode ser explicada em alguns casos pela obstrução das vias urinárias inferiores. Outros pacientes não apresentam obstrução manifesta e acredita-se que a dilatação seja causada por um defeito intrínseco na musculatura das vias urinárias.

Às vezes, entretanto, pode ser difícil estabelecer a presença de uma musculatura defeituosa das vias urinárias, pois a histologia da bexiga é normal.

A criptorquidia é bilateral.

Segundo Nunn e Stephens, os elementos componentes da tríade decorrem de anomalias embriológicas: desenvolvimento muscular imperfeito do abdômen e trato urinário, bem como descida imperfeita dos testículos.

Já Smith (1970) reputa que a síndrome é conseqüência de um defeito mesodérmico localizado, com eventuais repercussões para a formação da musculatura abdominal, trato urinário e parênquima renal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

É feito com as válvulas uretrais congênitas. Esta entidade nosológica caracteriza-se por:

Flacidez da musculatura abdominal
Hidronefrose acentuada
Testículos com implantação normal.

PROGNÓSTICO

A sobrevida de crianças com esta síndrome depende primeiramente da gravidade das anomalias nos rins e vias urinárias. De um modo geral, o índice de mortalidade precoce é elevado: 20% dos pacientes morrem no primeiro mês e 50% nos dois primeiros anos de vida. A "causa mortis" é uremia ou infecção das vias urinárias. Os pacientes sem acentuada anomalia das vias urinárias podem levar vida razoavelmente normal, e, à medida que crescem, os defeitos da parede abdominal tornam-se menos evidentes.

APRESENTAÇÃO DOS CASOS

Caso nº 1 — Um paciente, N. C. S. C., branco, 9 anos de idade, procurou-nos preocupado com a ausência dos testículos na bolsa escrotal e com o fato de urinar apenas uma vez por dia. Ao fazermos o exame físico, constatamos que, além da criptorquidia, apresentava abdômen dilatado, pregueado, ausência da musculatura abdominal e cicatriz umbilical deformada.

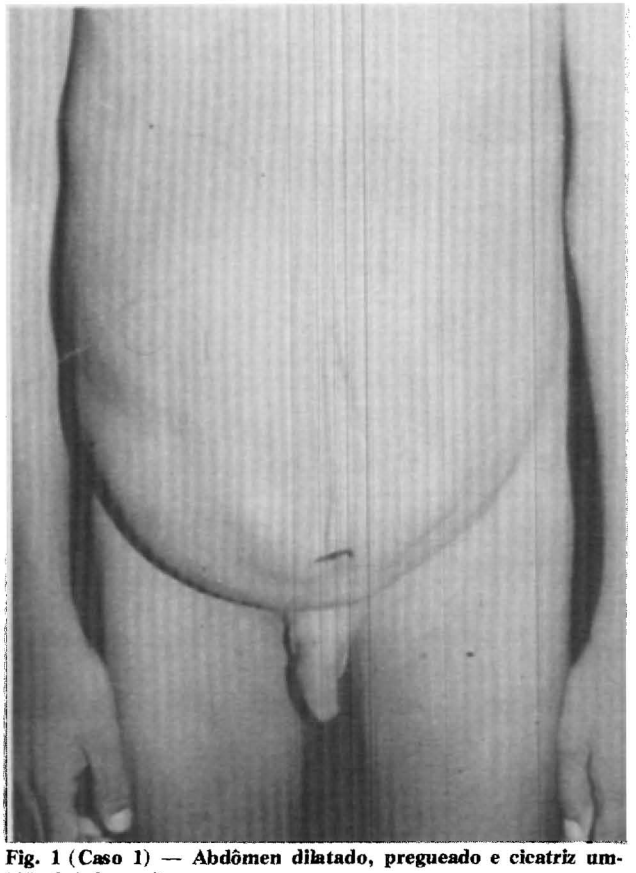


Fig. 1 (Caso 1) — Abdômen dilatado, pregueado e cicatriz umbilical deformada.

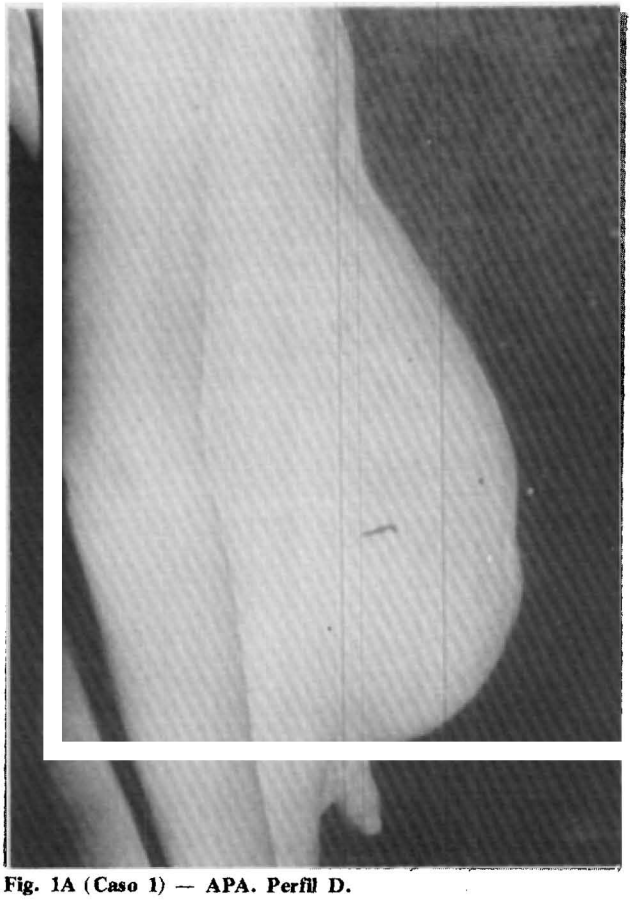


Fig. 1A (Caso 1) — APA. Perfil D.

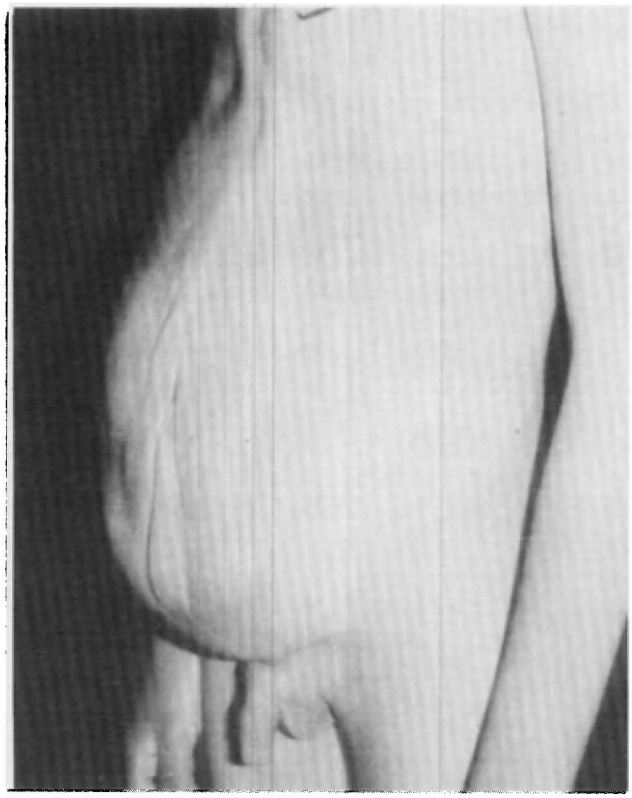


Fig. 2 (Caso 1) — Ausência de testículos. Abdômen irregular e protruso.

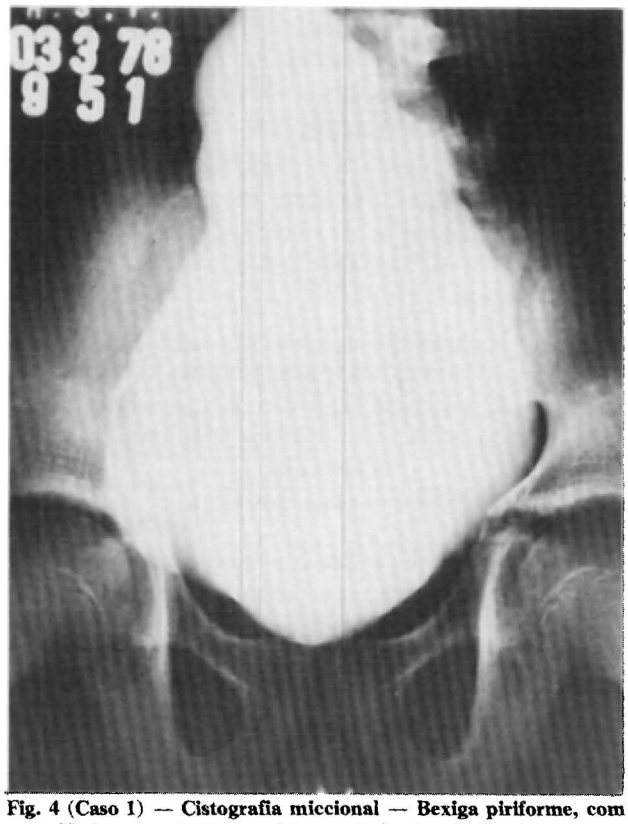


Fig. 4 (Caso 1) — Cistografia miccional — Bexiga piriforme, com capacidade aumentada e resíduo vesical pós-miccional.

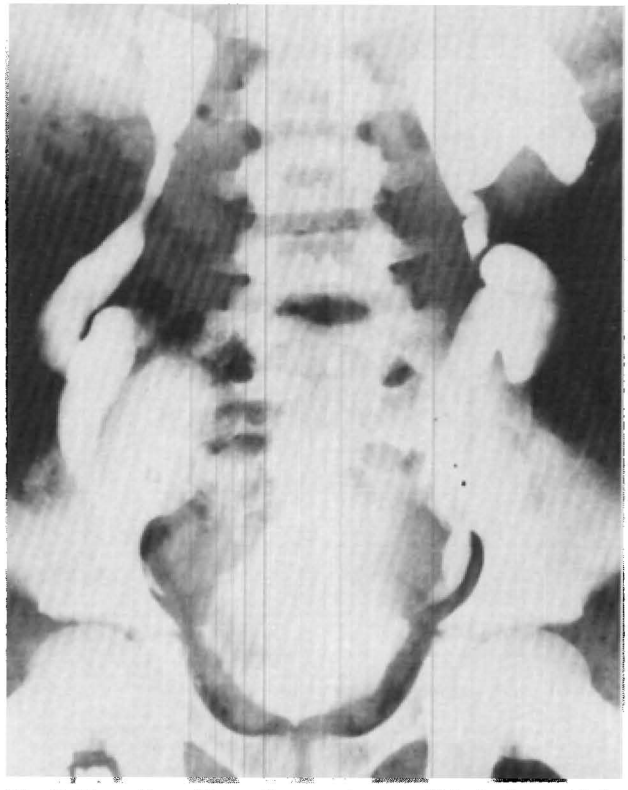


Fig. 3 (Caso 1) — Urografia excretora — Ectasia de cavidades renais e bacinetes. Ureteres dilatados e tortuosos afastados da linha mediana.

Fig. 5 (Caso 1) — Urografia excretora perfil — Dilatação dos ureteres e pelve renal.

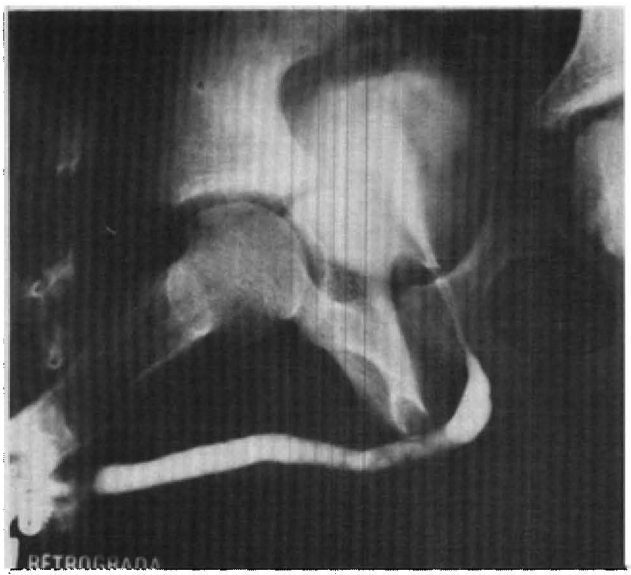


Fig. 6 (Caso 1) — Uretrocistografia retrógrada — Uretra permeável com calibre e contornos normais.

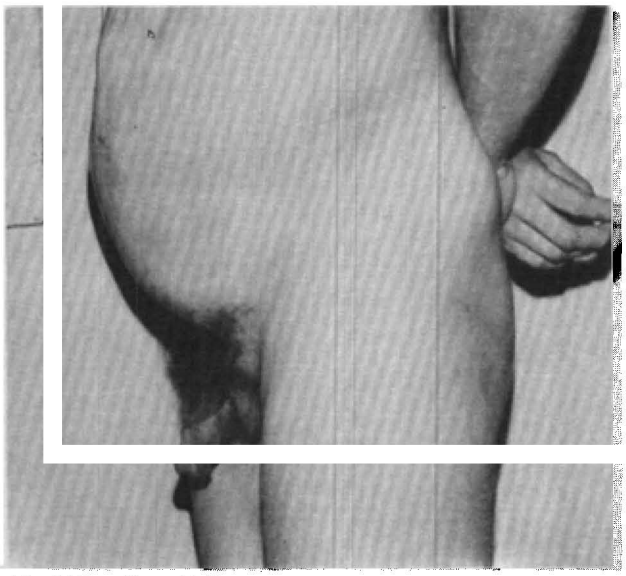


Fig. 8 (Caso 2) — Abdômen protruso e enrugado.

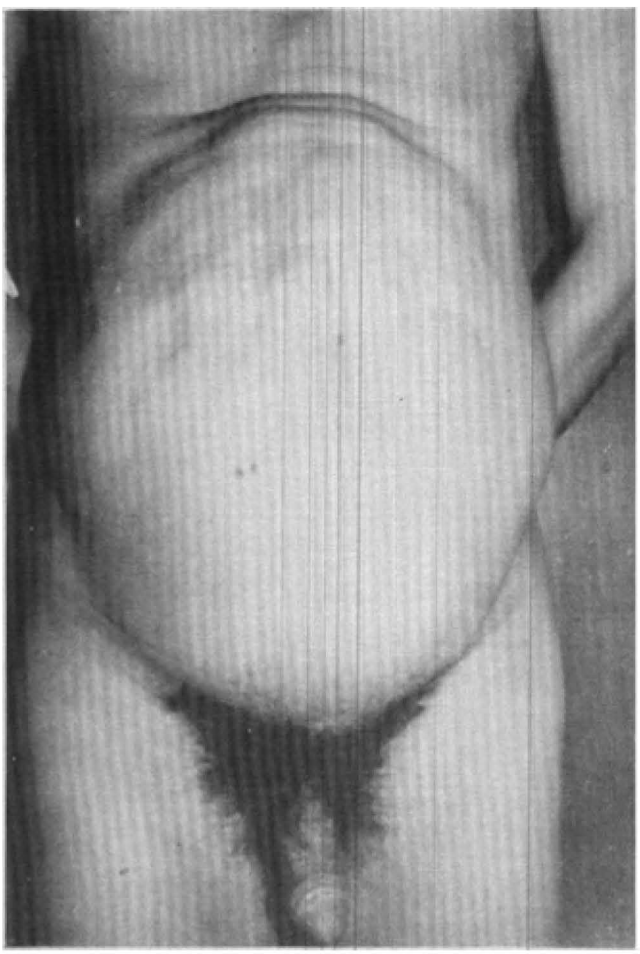


Fig. 7 (Caso 2) — Abdômen volumoso e pregueado. Cicatriz umbilical deformada.

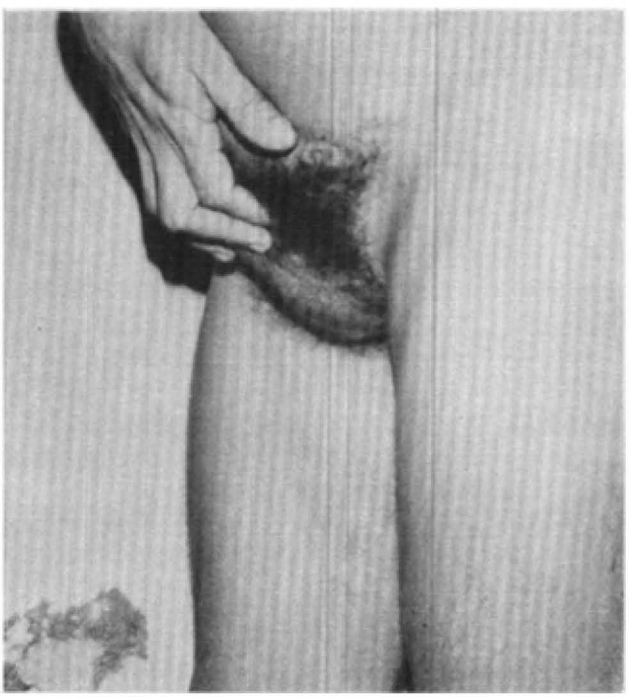


Fig. 9 (Caso 2) — Criptorquidia bilateral.

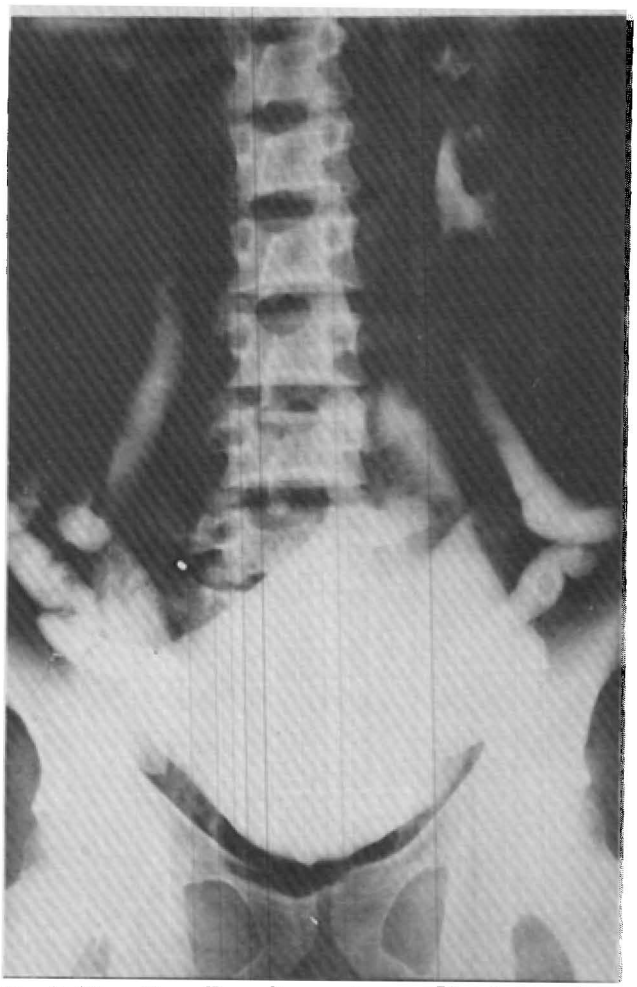


Fig. 10 (Caso 2) — Urografia excretora — Rins de tamanho e posição normais, ureteres dilatados e tortuosos com implantação lateralizada e estenose na junção uretero-vesical.

Fig. 12 (Caso 2) — Cistografia miccional — Bexiga volumosa com aspecto de "árvore de Natal".

Fig. 11 (Caso 2) — Uretrocistografia miccional: uretra permeável e sem estreitamentos.

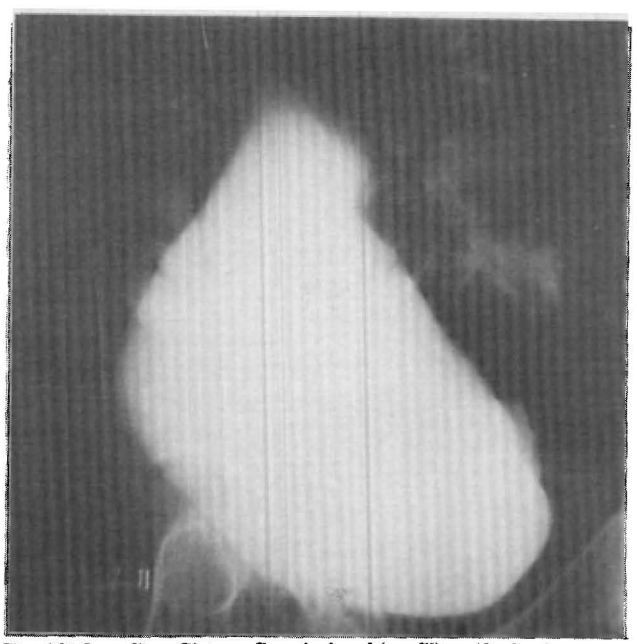


Fig. 13 (Caso 2) — Cistografia miccional (perfil) — Bexiga bastante volumosa.

Como exames complementares, foram realizados hemograma, dosagens de uréia, creatinina, glicose, exame de urina-rotina, urografia excretora, uretrocistografia retrógrada e miccional e cistoscopia.

O hemograma, dosagens sanguíneas e exame de urina estavam compatíveis com as cifras de normalidade.

A urografia excretora revelou função anormal dos rins aos 10 minutos, ectasia das cavidades renais e bacinetes, ureteres dilatados e tortuosos afastando-se da linha mediana, bexiga volumosa com deformação superior e espinha bífida oculta de L5 a S2.

Na uretrocistografia retrógrada e miccional, observamos uretra permeável, de calibre e contornos normais; bexiga de formato piriforme, capacidade aumentada e resíduo vesical pós-miccional.

O exame cistoscópico mostrou uretra permeável à camisa nº 14, resíduo vesical pós-miccional de 120 ml, urina límpida, bexiga volumosa com mucosa lisa, óstios ureterais puntiformes e bem lateralizados, trígono e colo vesical sem anormalidades e capacidade vesical de 700 ml.

Caso nº 2 — J. P. S., 22 anos, branco, estudande, veio à consulta devido a ausência bilateral dos testículos na bolsa escrotal. O paciente nega sintomas de sofrimento urinário, relata ausência de ejaculação e que chega a atingir o orgasmo.

O exame clínico mostrou abdômen volumoso, cheio de pregas, flácido, cicatriz umbilical deformada, ausência de testículos na bolsa escrotal e região inguinal. O paciente apresenta os caracteres sexuais compatíveis com o desenvolvimento normal da sua faixa de idade.

O hemograma, dosagem da glicemia e exame de urina apresentaram resultados normais.

Verificou-se, na urografia excretora, rins de tamanho e posição normais; ureteres dilatados e tortuosos, com implantação lateralizada e estenose ao nível da implantação; bexiga dilatada e bastante volumosa.

A uretrocistografia miccional revelou uretra permeável e ausência de estreitamentos; bexiga volumosa com aspecto de "árvore de Natal".

Ao exame cistoscópico, evidenciou-se presença de processo inflamatório ao nível da região trigonal, ureteres fora de sua zona normal da implantação, discreta hiperemia da mucosa vesical e capacidade vesical de 750 ml.

CONCLUSÕES

De acordo com as referências bibliográficas, a síndrome completa só é vista em homens.

Não há uma predisposição familiar à doença, visto que a análise genealógica não revelou nenhum caso, opinião esta concorde com as observações de Smith e cols. (1970).

Não recomendamos a cirurgia plástica do abdômen em pacientes que ainda não completaram seu período de crescimento, pelo risco de restabelecimento da condição clínica decorrente da regeneração tecidual no pós-operatório. Além disso, o repuxamento da parede abdominal determinaria distúrbios respiratórios.

Da revisão da literatura, parece interessante destacar a concomitância de maior comprometimento renal e maior gravidade da síndrome quando estão presentes alterações ósteo-articulares.

RESUMO

Os autores realizam um estudo sobre a ocorrência de 2 casos da síndrome de Prune Belly.

Verificaram que ambos os pacientes não referiam sintomatologia expressiva de sofrimento urinário.

O diagnóstico da afecção foi feito por meio do exame clínico, radiográfico e endoscópico. Os dados laboratoriais não registraram modificações em relação aos parâmetros de normalidade.

Para o paciente mais velho, foi adotada uma conduta conservadora, inclusive não se julgou necessária a terapêutica clínica.

O paciente mais jovem foi submetido a um esquema psológico à base de gonadotrofina coriônica: 500 U. I. em dias alternados, durante 3 meses, com a finalidade de promover a descida dos testículos aos seus locais normais de implantação.

O prognóstico é bom, visto que não há comprometimento renal grave.

SUMMARY

The authors accomplished a learning about the happening of two cases of the Prune Belly syndrome.

They checked in that both the patients didn't assign expressive symptomatology of urinary suffering.

The diagnosis of the affection was made by a clinical examination, radiography and endoscopy. The laboratory results didn't register modifications in relation to the parameter of normality.

For the elder patient a conservative behaviour has been adopted; so the authors came to a conclusion that it wasn't necessary a clínical therapy.

The younger patient was submitted to a posological scheme with the support of chorionic gonadotropin: 500 U. I. in alternated days, during three months, aiming to make the testicles go down to their normal position of implantation.

The prognosis is good, considering that there isn't a serious renal compromisement.

BIBLIOGRAFIA

1) ACKERMANN, H. J. Congenital syndrome of abdominal muscle defects. *Traum.* (GER), *23* (10): 552-6, 1976.
2) ADEBONOJO, F. O. Dysplasia of the anterior abdominal musculature with multiple congenital anomalies: Prune Belly or triad syndrome. *J. Nat. Med. Assoc.* (NY), *65* (4): 327-33, 1973.
3) ASPLUND, J., et al. Prune Belly syndrome at the age of 37. Case report. *Scand. J. Urol.* Nephrol., *9* (3): 297-300, 1975.
4) CAMPOS, J. A. de., et al. A Hipoplasia congênita da musculatura abdominal, megaureteres, criptorquia e outras malformações. *Pediat. Prát.* (SP), *47* (5-6): 21-3, 1976.
5) CANAVESE, F., et. al. Three cases of aplasia of the abdominal wall musculature. *Minerva Pediat., 27* (2): 95-103, 1975.
6) CEDENO, R., et al. Prune Belly syndrome: familial recurrence. *Excerpta Medica*, Amsterdam, I. C. S., *397* (152), 1976.
7) GARLINGER, P., et al. Prune Belly syndrome: Possible genetic implications. Birth defects. *Art. Ser., 10* (8): 173-80, 1974.
8) GUHA-RAY, D. K., et al. Arthrogryposis multiplex congenita in an abdominal pregnancy. *J. Reprod. Med., 18* (2): 109-12, Feb. 1977.
9) IVES, E. J. The abdominal muscle deficiency triad syndrome: experience with ten cases. Birth Defects Org. *Art. Ser., 10* (4): 127-35, 1974.
10) KIRKS, D. R., et al. Prune Belly syndrome. An unusual cause of neonatal abdominal calcification. *Amer. J. Roentgenol.*, 123 (4): 778-82, 1975.
11) MURTY, T. V. M., et al. Prune Belly syndrome with gastrointestinal tract anomalies. *Indian Pediat., 11* (10): 699-702, 1974.
12) O. H., W. H. Dislocation of the hip in birth defects. *Orthop. Clin. N. Amer., 7* (2): 315-21, 1976.
13) RICCI, S., et al. Abdominal muscle deficiency syndrome (1627-1642). *Minerva Pediat., 26* (32): 1627-42, 1974.
14) SCHULTE, W., et al. Incomplete Prune Belly syndrome. *Z. Kinderchir., 16* (2): 146-153, 1975.
15) SELLERS, B. B., Jr. et al. Congenital megalourethra associated with Prune Belly syndrome. *J. Urol.* (Baltimore), *166* (6): 814-5, 1976.
16) SNYDER, H. M., et al. Urodynamics in the Prune Belly syndrome. *Brit. J. Urol., 48* (7): 663-70, 1976.
17) TEXTER, J. H. The right-sied syndrome: congenital absense of the right testis, kidney and rectus: urologio diagnosis and treatment. *Johns Hopkins J., 122*: 244-28, 1968.
18) WILLIAMS, D. I., et al. The Prune Belly syndrome. *J. Urol.*, 98: 244-51, 1967.

uretroplastia anterior com enxerto livre de bexiga

AMAURI DE S. MEDEIROS — JOSÉ AURELIANO C. PIRES
Do Hospital da Restauração e do Hospital Geral de Urgência (Recife-PE)

O tratamento da estenose de uretra permanece como um desafio para o urologista. Múltiplas e variadas são as técnicas uretroplásticas descritas, e nenhuma delas se aplica satisfatoriamente aos diversos tipos de estreitamento ou é desprovida de complicações. Johanson [1], em 1953, publicou sua técnica de marsupialização, a qual se baseia, essencialmente, no método empregado por Denis Browne na correção das hipospadias [2]. A técnica de Johanson é, provavelmente, a mais popular e a mais usada em todo o mundo. Suas indicações, modificações e complicações são bastante conhecidas [3,4,5,6]. Adotamos, de início, o método de Johanson com resultados funcionais e radiológicos satisfatórios. Entretanto, a necessidade de dois ou mais estágios, e o conseqüente aumento do tempo de hospitalização, fez-nos buscar outra técnica. Começamos, em 1971, as uretroplastias anteriores com enxerto livre de mucosa vesical, de acordo com o que fora previamente descrito por Perozo Gil [7] e T. Omare [8].

MATERIAL

26 pacientes com estenose de uretra anterior foram tratados com enxerto livre de mucosa vesical. O presente estudo limita-se aos 16 casos com "follow-up" adequado. A avaliação pré-operatória incluiu urografia excretora, urocultura, hemograma, bioquímica plasmática. Idade média: 28 anos. Localização da estenose: 2 na uretra peniana e 14 na uretra bulbar. Etiologia: 1 congênita, 2 pós-traumática e 13 pós-infecciosa (gonococcia). Duração das queixas: de 6 meses a 10 anos. A maioria dos pacientes (80%) apresentavam infecção urinária antes da cirurgia. Extensão da estenose: de 0,5 a 3 cm. 50% dos pacientes com alterações do trato superior na urografia excretora.

MÉTODO

Com o paciente em posição de dorsolitotomia, uma sonda metálica de Van Buren, número 22, é introduzida através do meato uretral externo e avançada até a margem distal da estenose (fig. 1). Faz-se uma incisão vertical para expor a extremidade da sonda.

A área de estreitamento é exposta, medida e aberta longitudinalmente. Esta incisão de abertura da estenose deve estender-se à uretra normal, 1 cm proximal e distalmente, tendo-se o cuidado de remover o tecido fibroso adjacente (fig. 1-B). A bexiga é então abordada através de uma incisão de Pfannestiel e um retalho de mucosa é obtido. A retirada do enxerto de mucosa torna-se tecnicamente mais fácil se injetarmos 4ml de soro fisiológico no plano submucoso, separando, desta maneira, a mucosa da camada muscular da bexiga (fig. 1-C). Uma sonda de Foley 20 é colocada na bexiga, via meato uretral externo. O enxerto livre de mucosa é, em seguida, suturado à face ventral da uretra, com sutura contínua de categute cromado 4-0, tendo-se o cuidado de conservar o lado cruento do retalho para fora.

A parte epitelial do retalho fica para dentro, em contacto com a sonda de Foley (fig. 1-C). O corpo esponjoso, o músculo bulbocavernoso, a fáscia de Colles e a pele são fechados em planos. A bexiga é fechada como de rotina, deixando-se uma sonda de cistostomia. A sonda uretral é removida 48 horas após a cirurgia, e a sonda de cistostomia no 8º dia pós-operatório.

RESULTADOS

Seguimento pós-operatório de 1 a 6 anos. A análise crítica dos resultados levou em consideração quatro parâmetros: a) persistência da infecção urinária b) comportamento clínico c) alterações radiológicas d) necessidade de dilatações. 75% dos pacientes inicialmente infectados tiveram suas uroculturas negativadas. 4 pacientes apresentaram recidiva da estenose, necessitando correção através de outras técnicas uretroplásticas. 4 pacientes com sintomas mínimos, urinas estéreis e mostrando alterações no uretrograma de controle. 8 pacientes com uretrogramas normais, urinas estéreis, inteiramente assintomaticos e sem necessidade de dilatações.

Resultados bons (controle da infecção, uretrogramas normais, assintomáticos e livres de infecção) = 8 pacientes (50%).

Resultados razoáveis (controle da infecção urinária, sintomas mínimos, alterações no uretrograma não precisando de nova cirurgia ou dilatações periódicas)=4 pacientes (25%).

Resultados desfavoráveis (persistência da infeção, alterações uretrográficas necessitando nova cirurgia ou dilatações periódicas)=4 pacientes (25%).

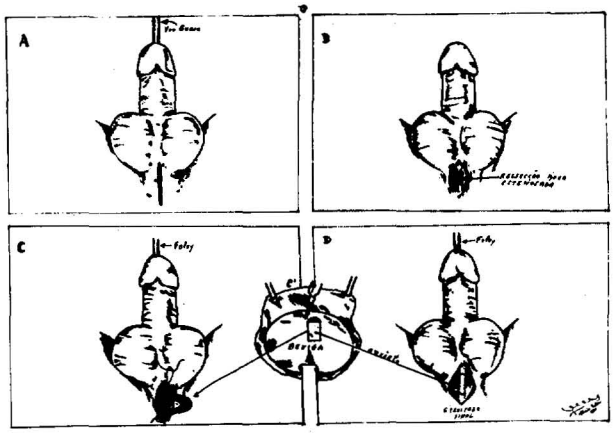


Fig. 1

Fig. 3 A — Uretrograma retrógrado pré-operatório.

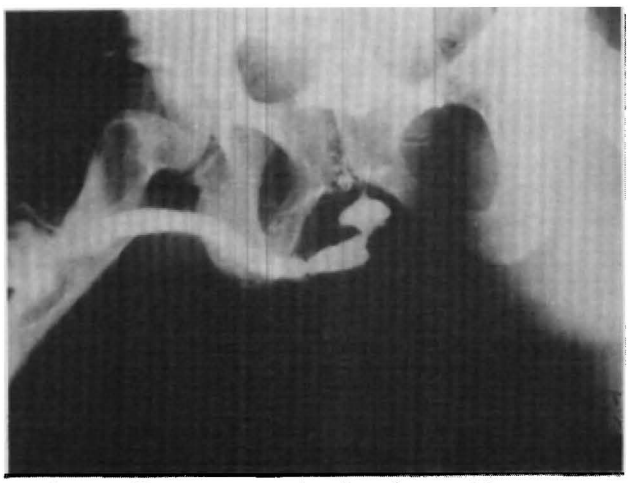


Fig. 2 A — Uretrograma retrógrado pré-operatório.

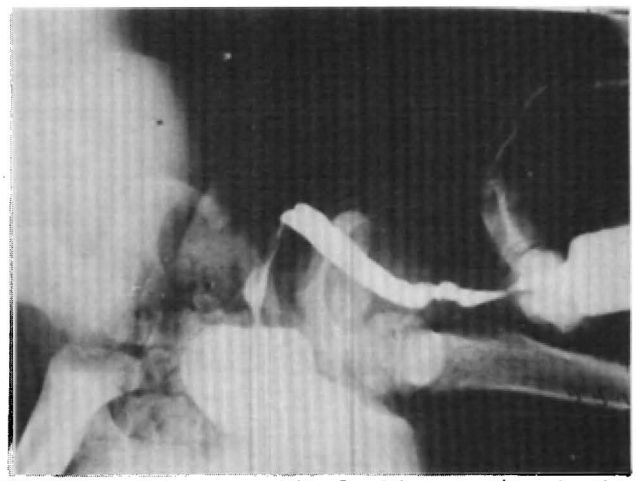


Fig. 3 B — Uretrograma retrógrado, dois anos após a cirurgia.

Fig. 2 B — Uretrograma retrógrado, oito meses após a cirurgia.

As estenoses de uretra anterior são, via de regra, tratadas com dilatações periódicas e agentes antibacterianos. Infelizmente, infecção urinária crônica e/ou modificações estruturais marcantes do trato urinário superior ocorrem nestes casos [9]. É sabido que, apesar de dilatações uretrais adequadas, o fluxograma miccional ainda apresenta alterações pressionais [10].

Orquites, epididimites, abscessos periuretrais, fístulas uretrocutâneas, uretrorragias, perfurações uretro-retais e septicemias são complicações que acontecem com relativa freqüência nas dilatações uretrais periódicas. É consenso geral que a uretroplastia se acha indicada nos casos que necessitam dilatações freqüentes e difíceis, nas estenoses cerradas e intransponíveis e naqueles casos que amiúde se complicam. A marsupialização do segmento estenosado, conforme o método de Johanson, e sua reconstrução ulterior pela técnica de Denis Brown, é uma conduta bastante vulgarizada e de resultados funcionais uniformemente favoráveis. Esta técnica em

dois estágios, todavia, requer uma hospitalização mais longa que a técnica uretroplástica em estágio único, que findamos de considerar.

Teoricamente, a mucosa da bexiga surge como o enxerto livre ideal, por dois motivos: a) seu epitélio de transição é comum ao urotélio e conseqüentemente não sofre qualquer lesão quando exposto à urina; b) a mucosa vesical tem grande poder de regeneração e baixo metabolismo. Estas características são muito favoráveis aos enxertos livres de modo geral, sobretudo nas fases iniciais, antes que eles se tornem suficientemente vascularizados [8]. Acreditamos que a uretroplastia anterior, com enxerto livre de mucosa vesical, é indicada quando existe apenas uma área de estenose medindo menos de 2cm de extensão, não infectada e sem reações inflamatórias locais acentuadas. Apresentamos esta técnica como mais uma opção do urologista, em sua busca incansável de aperfeiçoamento e sucesso na cura das estenoses uretrais.

RESUMO

Os autores apresentam suas experiências com enxerto livre autógeno de mucosa vesical no tratamento das estenoses anteriores de uretra.

A técnica foi empregada em 26 pacientes com idades variando entre 4 e 68 anos de idade. A uretrite blenorrágica foi o fator etiológico mais comum. Resultados bons foram conseguidos em 8 pacientes (50%), resultados razoáveis em 4 pacientes (25%) e resultados desfavoráveis em 4 pacientes (25%), dos 16 casos com seguimento pós-operatório adequado e variando de 1 a 6 anos.

Os autores salientam o encurtamento da hospitalização com esta técnica.

Acreditam eles, finalmente, que esta é uma técnica aceitável nos casos de estreitamentos uretrais anteriores com menos de 2 cm de extensão, únicos, e sem reações inflamatórias locais acentuadas.

SUMMARY

The authors presented their experience with anterior urethroplasty using autogenous free bladder mucosa graft.

The procedure was performed in 26 patients ranged in age from 4 to 68 years. Gonorrhea was the primary etiological factor.

Good results were obtained in 8 patients (50%), fair results in 4 patients (25%) and poor results in 4 patients (25%), out of 16 patients with complete follow-up which ranged from 1 to 6 years.

They emphasize the shortening of hospitalization with this 1-stage technique.

Finally, the authors feel that it is an acceptable procedure for isolated anterior urethral stricture with less than 2 cm in lenght and not associated to marked local inflammation or infection.

BIBLIOGRAFIA

1) JOHANSON, B. Reconstruction of the male urethra in strictures. Aplication of the buried intact epithelium technique. *Acta Chir. Scand.*, Supl. 176, 1953.
2) BROWNE, D. An operation for hypospadias. *Lancet*, 1:141, 1936.
3) LEADBETTER JR., G. W. A simplified urethroplasty for stricture of bulbous urethra. *J. Urol.*, 83:54, 1960.
4) LAPIDES, J. Simplified modification of Johanson urethroplasty for strictures of deep bulbous urethra. *J. Urol.*, 82:115, 1959.
5) KAUFFMAN, J., PEARMAN, R. & GOODWIN, W. E. Complications of the Johanson operation in the repair of urethral stricutures. *J. Urol.*, 87:883, 1962.
6) COLAPINTO, V. Two-stage urethroplasty for stricture: results and technical considerations. *Brit. J. Urol.*, 41:494, 1969.
7) PEROZO, G. & ANGEL, E. Uretrotomia externa. Algunas consideraciones. Uretroplastia con mucosa vesical. *Rev. Venez. Urol.*, 19:139, 1967.
8) DARE, P. O. Reconstruction of the urethra for stricture: description and evaluation of a technique. *J. Urol.*, 103:69, 1970.
9) MOFFETT, J. D. & GODDARD, D. W. Upper urinary tract disease associated with urethral strictures. *J. Urol.*, 72:293, 1954.
10) BOGASH, M. & LASKY, N. Two-stage urethroplasty for stricture. *J. Urol.*, 102:444, 1969.

prostatectomia perineal radical

RODOLPHO FLÁVIO FORSTER — GERALDO TERRERI — JOSÉ DE BRITO MATA
JOSÉ ANTÔNIO ARAÚJO BORGNETH.
Do Serviço de Urologia da Santa Casa da Misericórdia (Rio-RJ).

Não há maior desafio para o urologista do que a cura do carcinoma da próstata. O adenocarcinoma da próstata ocupa o segundo lugar em incidência de câncer no homem. Em 1975, nos Estados Unidos, 56.000 homens eram portadores de câncer da próstata, havendo um total de 23.800 óbitos.

A maior incidência ocorre acima dos 50 anos e varia de 14 a 50%. O diagnóstico precoce do câncer da próstata, que no caso seria de inestimável valor, é pouco freqüente, devido à evolução silenciosa em seus estágios iniciais. Para se ter uma idéia, somente 10 a 15% dos pacientes apresentam sintomatológia em sua fase inicial, e é exatamente nesta fase que os pacientes são passíveis de procedimento cirúrgico radical. Daí, a nossa luta para que o diagnóstico precoce do câncer da próstata seja feito em exame físico de rotina. A inclusão do toque retal cuidadoso como rotina obrigatória de exame pela maioria dos médicos, clínicos e cirurgiões de quaisquer especialidades, permitiria o encaminhamento precoce ao urologista dos casos onde houvesse qualquer suspeita de alterações na consistência da glândula, tornando mais freqüentes os casos em que a lesão é ainda diagnosticável com chance de cura dentro dos limites da cirurgia radical. Mas esta rotina ainda não é bem difundida, o que torna o prognóstico do câncer da próstata sombrio. Geralmente, o diagnóstico só é feito após o aparecimento de sintomas, quer por extensão local da lesão, levando a processo urinário obstrutivo baixo, quer devido a metástases. Já nesses casos, o processo neoplásico é inoperável, pois não está mais circunscrito à cápsula prostática, invadindo assim estruturas vizinhas. E é exatamente neste estágio que vamos encontrar a maioria dos pacientes que procuram o Serviço de Urologia, explicando-se assim sua pequena casuística.

O primeiro a descrever esta patologia foi Thompson, em 1858. Em 1867, Billroth descreveu a primeira prostatectomia perineal para uma glândula maligna e Kuschler designou-a mais tarde de prostatectomia perineal radical. Mas o primeiro esforço no sentido de cura pela remoção completa da próstata, antes da extensão neoplásica ou metastização, foi feita em 1905 por Hugh Young que, após um cuidadoso estudo da anatomia local, idealizou um procedimento cirúrgico com esta finalidade. Desde então, várias modificações foram propostas à técnica inicial, mas, em essência, ainda é usada aquela idealizada por Young, também utilizada em nosso serviço. Em 1947, Millin descreveu a técnica de prostatectomia radical retropúbica como uma alternativa para os urologistas em face da familiarização destes com a anatomia local, reforçada ainda por alguns autores pela accessibilidade que se tem na possibilidade de remoção dos gânglios linfáticos pélvicos.

Whitmore classifica o tumor da próstata em estágios aos quais denominou A, B, C, D:

Estágio A: O câncer ainda não clinicamente reconhecido e somente identificado em exame histopatológico.

Estágio B: Manifesta-se por presença de nódulo palpável, confinado dentro da cápsula prostática e sem evidência de metástases.

Estágio C: Onde já se evidencia extensão local do câncer, sem metástases a distância.

Estágio D: Com metástases a distância.

Em nossa casuística, somente foram considerados operáveis os casos que se aplicam aos estágios A e B.

A confiança na superioridade da prostatectomia radical sobre outros métodos de tratamento do carcinoma da próstata se baseia em duas conclusões:

1. Se todas as células cancerosas se localizam no tecido a ser retirado e a excisão é convenientemente efetuada, a cura é assegurada.

2. Em equivalência, não há alternativa de tratamento com igual eficácia, como demonstraremos mais tarde.

Joseph Kaufman, em sua revisão de 329 casos de 1951 a 1976, reagrupou a classificação de Whitmore em estágios pós-operatórios. Acreditou ele que esta segunda subdivisão não só dava um prognóstico mais acurado, como também uma perfeita precisão diagnóstica. Assim é que pacientes que no pré-operatório eram rotulados como pertencentes ao estágio A, na realidade se situavam nos estágios C ou B, etc. Assim também agrupou os pacientes segundo o grau de diferenciação celular, que variava de I a IV, sendo que o grau I apresentava boa diferenciação celular e o IV má diferenciação celular. Esta classificação também influenciava no prognóstico.

Dos doentes que apresentavam sintomatologia, 60% dos casos eram obstrutivos, 38% apresentavam nódulo palpável, 0,9% queixavam-se de hematúria e 1 paciente com hemoespermia.

Deve sempre realizar-se pielografia intravenosa, uretrocistografia miccional e, por fim, a biópsia, que pode ser feita por agulha ou a céu aberto, via perineal. Kaufman usou a via perineal em 80,5% dos casos e a retropúbica, com retirada de gânglios, em 19,5% dos casos. A prostatectomia radical retropúbica deixou de ser realizada em dois pacientes, que apresentavam metástases glanglionares durante a biópsia.

A estatística desses 329 doentes, revistos por Kaufman, demonstrou que o tratamento cirúrgico é consideravelmente melhor do que a irradiação ou a endocrinoterapia. Assim, vejamos:

A manipulação endócrina deu cerca de 5 anos de sobrevida em 33,6%; 10 anos de sobrevida em torno de 22,28%.

Os doentes tratados cirurgicamente apresentaram o seguinte quadro:

Estágio A — 78,9% de sobrevida em 5 anos.
Estágio B — 86,1% de sobrevida em 5 anos.
Estágio A — 63,6% de sobrevida em 10 anos.
Estágio B — 61% de sobrevida em 10 anos.
Estágio C — 66,7% de sobrevida em 5 anos e 28,6% de sobrevida em 10 anos.

Com estes resultados, a utilidade da cirurgia radical é de maior importância do que outros tratamentos preconizados.

No Serviço de Urologia da 14ª Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, houve indicação de cirurgia radical em 6 casos no estágio A, amplamente diagnosticados por achados histopatológicos em peças cirúrgicas de ressecção transuretral da próstata, sendo os demais no estágio B, que preenchiam as seguintes condições básicas:

1. Não evidência de metástases no estudo radiológico de tórax, coluna, pélvis, fêmur e no exame minucioso dos ossos.

2. Níveis séricos normais da fração prostática e da fosfatase ácida.

3. Presença de um discreto nódulo palpável, confinado à próstata e circundado de tecido prostático de consistência normal, comprovadamente carcinoma diferenciado (ácino presente).

4. Próstata móvel, com cápsula lisa, sem fixação ou edema da parede anterior do reto.

5. Vesícula seminal sem endurecimento inclusive em torno ou lateralmente.

Outros fatores considerados na indicação cirúrgica foram:

Idade — Pacientes com expectativas de sobrevida acima de 5 anos. Não nos parece razoável submeter os pacientes fora desta expectativa à cirurgia, quando outros processos paliativos, praticamente inócuos, podem mantê-los livres de sintomas durante os anos que lhes restam.

Posição operatória — A flexão marcada do sacro e da coluna lombar sobre a torácica, das coxas sobre a bacia, das pernas sobre as coxas, com as vísceras abdominais comprimindo o diafragma, constitui limitação em pacientes com insuficiência cardiovascular, com distúrbios pulmonares extensos, ou com doenças das articulações envolvidas na posição, sobretudo em obesos, nos quais todos estes fatores são agravados.

São apresentados nas tabelas que se seguem dados referentes à faixa etária, sintomatologia e estágio, complicações e "follow-up" de nossos pacientes.

CONCLUSÃO

Os autores, tecendo considerações sobre os diversos estágios do câncer de próstata, concluem pela cirurgia radical em todos os casos que se situam nos estágios iniciais (A e B). Citam estimativas percentuais, que vêm comprovar a opção sobre a prostatectomia radical.

CÂNCER DA PRÓSTATA

Lesões operáveis 27

Complicações

Ferimento retal	3
Fístula vésico-retal transitória	1
Fístula vésico-perineal (Fechamento tardio)	2
Fístula retroperitoneal	1
Incontinência de "stress"	8
Incontinência total	3
Hemorragia	1
Infecção de ferida	3

* Alguns pacientes tiveram mais de uma complicação.

CÂNCER DA PRÓSTATA

ANOS	VIVOS E BEM	ÓBITO C/ METÁST.	ÓBITO S/ METÁST.
3 a 5	3	2	1
5 a 10	2	0	1
+ de 10	4	0	5

CÂNCER DA PRÓSTATA

Lesões operáveis	27
Cirurgia radical	21
Conduta conservadora em casos operáveis	6

CÂNCER DA PRÓSTATA

Lesões operáveis	27
Faixa etária	40 — 80 anos
Maior incidência	50 — 60 anos (11 casos)

CÂNCER DA PRÓSTATA

Lesões operáveis	27
Biópsia perineal com agulha	21
Achado histopatológico	6

RESUMO

Citando a classificação de Whitmore, quanto ao estagiamento do tumor de próstata, consideram a prostatectomia radical perineal e a prostatectomia radical retropúbica como os melhores meios de trat ento do câncer da prôstata. Revisam a classificação pós-operatória de Kaufman como um dos meios para o diagnóstico exato e melhor avaliação prognóstica dos doentes tratados entre 1951 e 1976. Finalizam com o "follow-up" de 27 casos diagnosticados e tratados no Serviço de Urologia da 14ª Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro.

SUMMARY

The AA. consider radical perineal prostatectomy and radical retropubic prostatectomy the best managements for prostatic carcinoma. They report on the follow-up of 27 cases in their Service of Urology in Santa Casa at Rio de Janeiro.

BIBLIOGRAFIA

1) ALBUQUERQUE, P.F. Padronização da Técnica Cirúrgica para Prostatectomia Perineal. *O Hospital,* 5; vol. XXIX: 268,1946.
2) ALBUQUERQUE, P.F. Conduta na Obstrução Prostática. *O Hospital,* 5, vol. XXIX: 779, 1946.
3) Barnes, R.W. Carcinoma of Prostate: Biopsia and Conservative Therapy. *J. Urol.,* 108: 897,1972.
4) DEES,J.E. Radical Perineal Prostatectomy for Carcinoma. *J. Urol.,* 104-160,1972.
5) FLOCKS, R.H., O'DONOGHUE, E.P.N., MILLEMAN; L.A. & CULP, D.A. Management of Stage "C" Prostatic Carcinoma. *The Urologic Clinics of North America,* V., 2, nº 1, 1975.
6) GLEASON, D.F., MELLINGER, G.T. & Veterans Administration Cooperative Urological Resarch Group. Prediction of Prognosis for Prostatic Adenocarcinoma by Combined Histological Grading and Clinical Staging. *J. Urol., 111:58,1974.*
7) JEWETT, H.J. Radical Prostatectomy for Stages "A" and "B" Prostatic Cancer. *The Urologic Clinics of North America, V.2,1,1975.*
8) PARRY, W.L. & SAWSON, C.B. Surgery for Malignant Disease of the Prostate. In *Urologic Surgery,* Glenn, J.F., Boyce, W.H. & Hoeber, 1969.
9) PARRY, W.L. Prostate Malignancies. In *Urologic Surgery,* Glenn, F.F., Boyce, W.H. Hoeber, 1975.
10) YOUNG, H.H. The Cure of Carcinoma of the Prostate by Radical Perineal Prostatectomy. *J.Urol.,* 53:118,1945.
11) BOXER, R.J.; KAUFMAN, J.J. & GOODWIN, W. Radical Prostatectomy for Carcinoma of the Prostate: 1951-1976. A Review of 392 patients. *J.Urol.,* 117:208-1977.

ureter bífido em fundo cego

PEDRO CARNAÚBA BRANDÃO — JOSÉ SEVERO ADOLFO BENITO UIMBERÉ DE O. PAIVA
JOSÉ SALVIANO COELHO — ANTÔNIO DE PÁDUA SILVA SOUZA.
Do Serviço de Urologia da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (RJ).

Esta constitui uma rara patologia do sistema urinário, de caráter congênito. O primeiro caso foi descrito por Herbert, em 1904; desde então, em todas as publicações sobre divertículos de ureter, ocorria certa dificuldade no diagnóstico diferencial entre divertículo de ureter e ureter em fundo cego; até que, em 1947, Culp estabeleceu a diferença entre ambos e diversos outros tipos de alterações do ureter, no tocante à sua morfologia.

O divertículo ureteral pode ser primário ou verdadeiro desde que todas as camadas histológicas do ureter estejam nele contidas, secundário ou falso quando somente ocorre uma protrusão do urotélio, através da parede muscular.

Todos os divertículos são redondos ou ovais.

Culp define o ureter em fundo cego como uma fenda em fundo cego, cuja luz se comunica com o ureter, formando um ângulo distinto e que apresenta as mesmas estruturas histológicas do ureter e cujo comprimento é 2 vezes o seu maior diâmetro.

Segundo Campbell, o divertículo ureteral verdadeiro, assim como o ureter em fundo cego, teriam as mesmas origens, a partir do ducto de Wolff, pelo desenvolvimento de um broto ureteral accessório, o qual se formaria na 5ª ou 6ª semanas embrionária.

De acordo com Harder, em 1973, haviam sido descritos na literatura mundial 45 casos de ureter em fundo cego: um destes apresentava a anomalia bilateralmente. A revisão da literatura revelou que somente 4 casos foram diagnosticados através da urografia excretora, enquanto que os demais diagnósticos foram estabelecidos por estudos retrógrados, durante o ato operatório ou em necrópsia. Em virtude disto, aconselha-se a realização de manobras de Trendelenburg, nos decúbitos dorsal e ventral. Estas manobras permitiriam a detectação dos casos localizados na porção ântero-medial, embora a maioria dos casos descritos fossem observadas no terço distal do ureter.

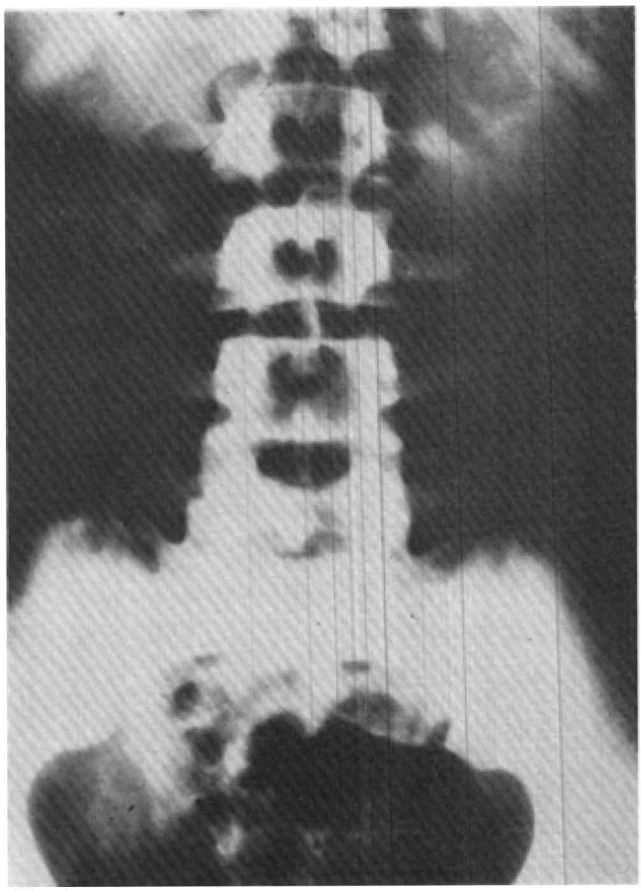


Fig. 1

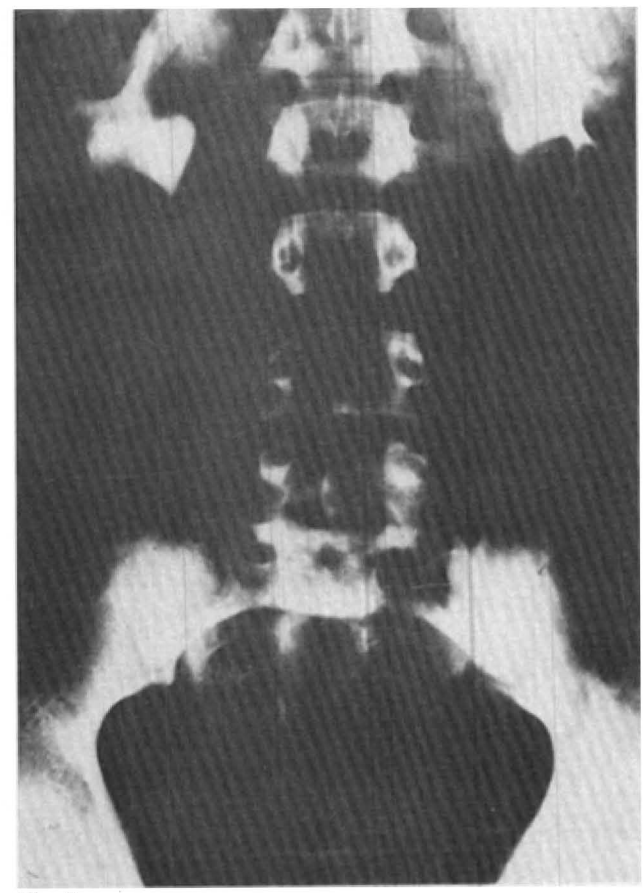


Fig. 2

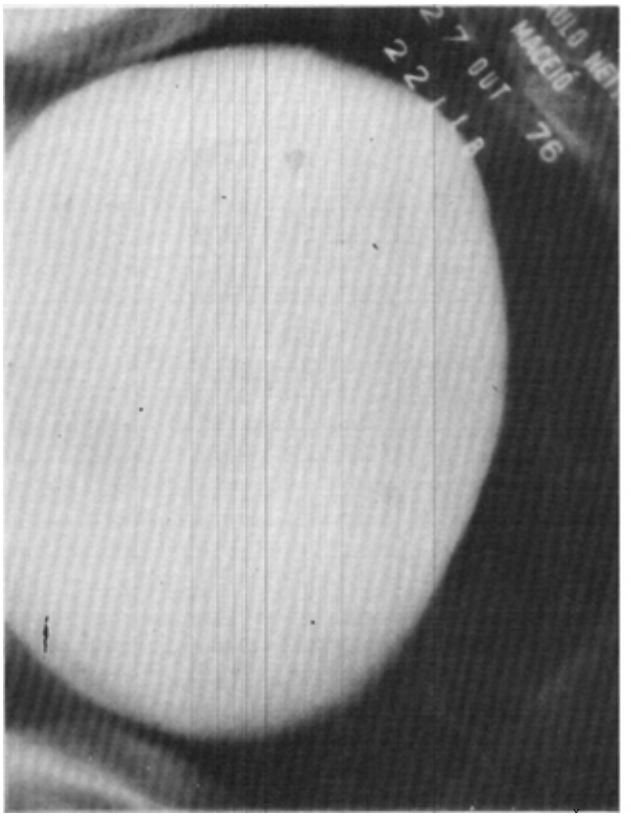


Fig. 3

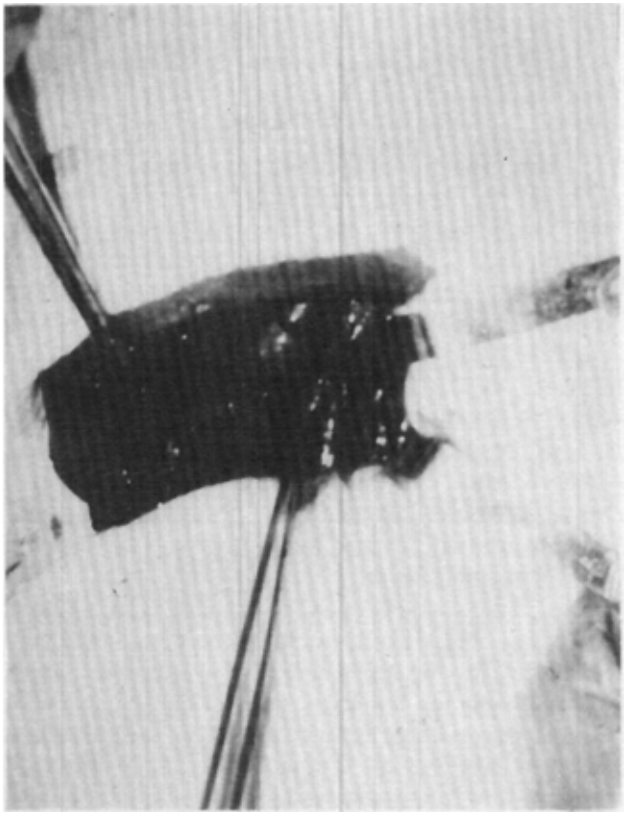


Fig. 4

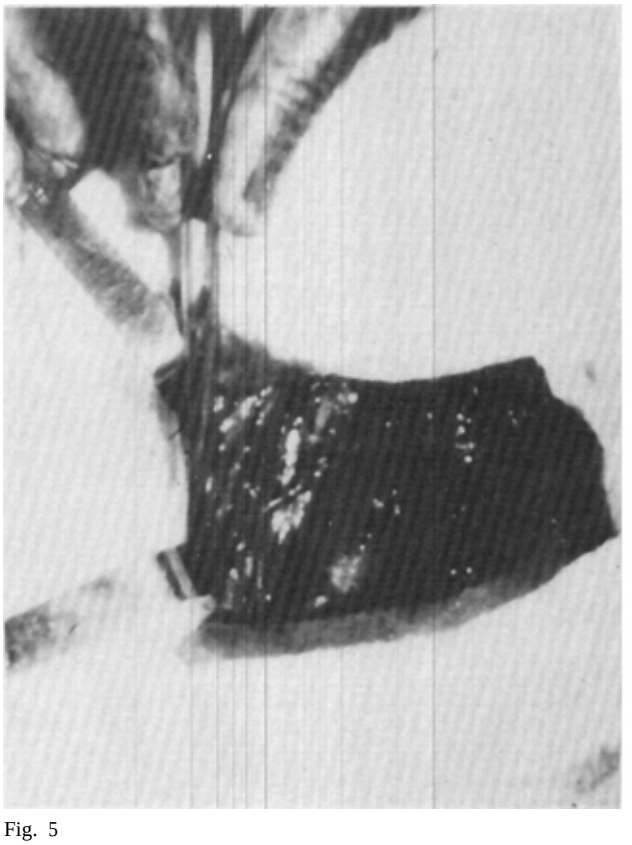


Fig. 5

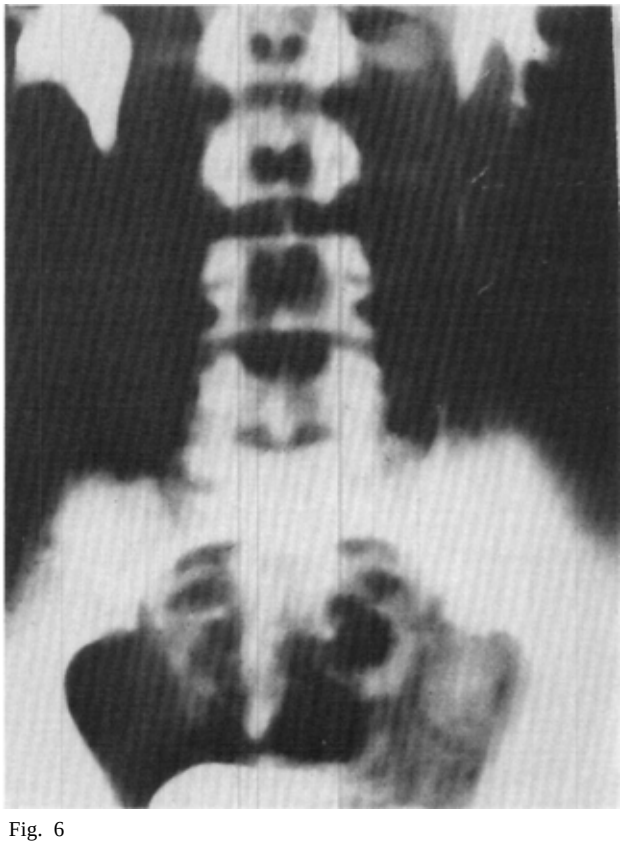


Fig. 6

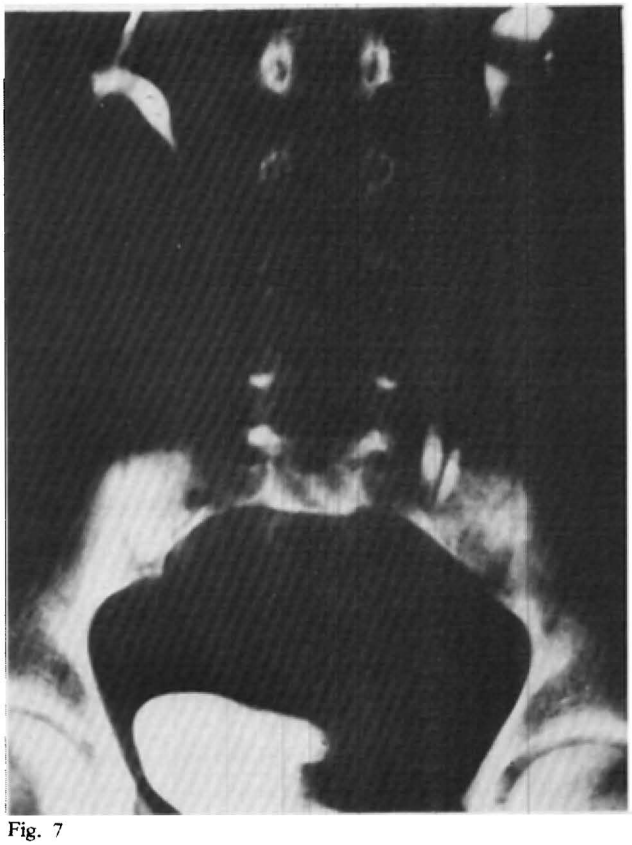


Fig. 7

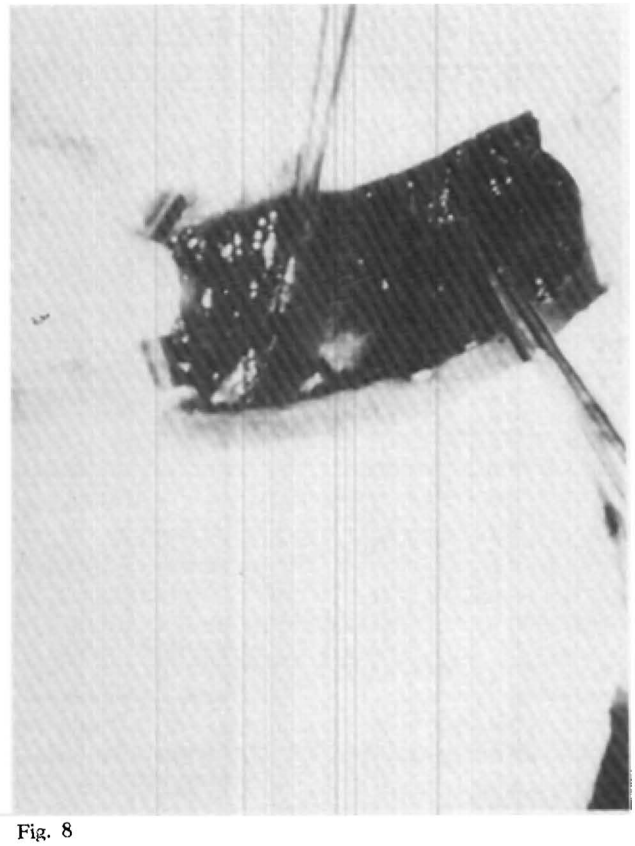


Fig. 8

Quando necessário, um ureteropielograma retrógrado deve ser realizado com o contraste injetado do orifício ureteral. Segundo Chaves, é de grande utilidade no diagnóstico o emprego da cinefluoroscopia ureteral na confirmação diagnóstica.

Os sintomas não são patognomônicos. Quando presentes, são: náuseas, vômitos, febre variável, dor na região periumbilical ou inferior do abdômen, disúria, urgência, enurese e hematúria. Ocorrem em conseqüência da estase dentro da luz do ureter, podendo, às vezes, observar-se a ocorrência de litíase na luz do ureter cego.

O Serviço de Urologia da 14ª Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro apresenta 1 caso de ureter bifido em fundo cego.

L. L. D., 18 anos, Alagoas.

H. D. A. Seis meses com dor na região lombar esquerda, que se exacerbava quando sentado. Sem infecção urinária.

Exames

Urografia excretora — Evidenciou ureter bifido em fundo cego.

Cistoscopia — Normal.

Cistografia miccional — Normal.

Operado em 26.11.76, tendo sido ressecado o ureter em fundo cego. Após três meses, o paciente estava assintomático, sem infecção urinária e com urografia excretora normal. O histopatológico mostrou estrutura ureteral infectada.

DISCUSSÃO

Existem aproximadamente 50 casos de ureter bífido em fundo cego descritos na literatura, sendo que 7 a 8 com diagnóstico feito através da urografia excretora.

RESUMO

Os autores apresentam 1 caso de ureter em fundo cego, cujo diagnóstico foi realizado através da urografia excretora.

SUMMARY

The AA. report on a case of blind-ending ureter diagnosed through excretory urography.

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

ensaio clínico com o creme de 5-fluoruracil a 5% no tratamento dos condilomas acuminados intrauretrais

PAULO JOSÉ PEREIRA BRINGEL — RUBEM DE ANDRADE DE ARRUDA.
Clínica Urológica do H.C.M. — Ministério da Marinha.

INTRODUÇÃO

Embora pareçam inócuas, as lesões verrucóides do condiloma acuminado intra-uretral estão geralmente associadas com irritação e infecção uretrais, podendo resultar até em obstrução do trato urinário e formação de fístulas, envolvendo intensamente a uretra e até mesmo a bexiga. O tratamento dessas lesões é considerado até o momento como insatisfatório, uma vez que as medidas mais utilizadas, ou seja, a eletrofulguração e o uso de solução de podofilina, embora efetivas nos condilomas externos, não apresentaram bons resultados, podendo causar estreitamento e citotoxicidade ao epitélio uretral.

Outras medidas, tais como cremes de sulfa, cloroquina e tiotepa, têm sido preconizadas, igualmente sem resultados animadores. Em virtude da grande incidência das condilomatoses em nosso meio, buscou-se um agente que apresentasse rapidez de tratamento, segurança e eficiência, além de facilidade de utilização, o que, em nossa opinião, poderá ser conseguido com o emprego do creme a 5% de 5-fluoruracil.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram tratados 15 pacientes do sexo masculino, selecionados a partir de consultas ambulatoriais, portadores de lesões intra-uretrais, intrameatais e externas, cujas idades variavam entre 19 e 31 anos, sendo a maior incidência sobre o grupo etário de 20 a 22 anos.

O diagnóstico teve como critério uma avaliação anamnésica e o exame local.

O esquema posológico empregado consistiu de 3 instilações diárias de aproximadamente 2cm3 de 5-FU, creme a 5%, pelo meato uretral externo, adaptando-se ao tubo de 5-FU um aplicador de plástico.

Os pacientes permaneceram internados durante o período do tratamento com a finalidade de melhor se controlar a experiência. Foram tomadas medidas de proteção às mãos, escroto, glande e prepúcio.

RESULTADOS

Os 15 pacientes tratados obtiveram erradicação total dos condilomas acuminados intra-uretrais com a instilação do creme de 5-FU a 5%. Os primeiros sinais de regressão das lesões surgiram por volta do 4° dia, variando entre os 1° e 7° dias. A média do tempo de regressão total das lesões foi de 9 dias, num mínimo de 5 dias e num máximo de 15 dias, sendo que, em 10 pacientes, a regressão total das lesões ocorreu num período igual ou menor que 9 dias.

Os efeitos colaterais mais freqüentemente referidos foram, por ordem de ocorrência, os seguintes: ardência miccional (3 pacientes)), edema de lábios do meato uretral (3 pacientes), hiperemia perimeatal (3 pacientes) e prurido (2 pacientes). Em nenhum dos casos houve a necessidade de se interromper o tratamento.

Um paciente apresentou recidiva 30 e 90 dias após o primeiro tratamento; outro paciente apresentou recidiva após 45 dias. Ambos foram novamente tratados com sucesso.

Num paciente com lesões condilomatosas externas, aplicou-se o creme de 5-FU, revelando o mesmo diminuição do volume e coloração acinzentada das lesões no 2° dia de tratamento. Não se conseguindo erradicação total das lesões após 12 dias, procedeu-se, no 13° dia, à eletrofulguração.

DISCUSSÃO

Pode-se admitir que o 5-FU impede a metilação do ácido desoxiuridílico em ácido timidílico. Assim, cria-se uma deficiência de tiamina, interferindo-se desta forma na síntese do DNA e do RNA. Como o DNA e o RNA são absolutamente indispensáveis à divisão e ao desenvolvimento celular, o 5-FU determina a inibição do crescimento das células e sua morte. A droga é mais efetiva em células de rápido metabolismo e assim, apesar do condiloma ser composto de células não malignas, responde bem ao tratamento.

Observou-se, com o uso continuado do medicamento, necrose e subseqüente desaparecimento dos condilomas, permanecendo uma área da mucosa uretral erosada, que pode proporcionar o aparecimento de edema e irritação meatal. Esta erosão cicatriza rapidamente, sem causar estreitamento da uretra. Deve-se tomar cuidados no sentido de proteger a pele do escroto, glande, prepúcio e mãos durante o uso do 5-FU creme, bem como evitar exames endoscópicos antes da cura das lesões distais, a fim de não disseminar o processo.

RESUMO

Neste estudo confirmamos os resultados de Dretler e Klein e von Krogh, quanto à eficiência do creme de 5-fluoruracil no tratamento dos condilomas acuminados intra-uretrais. No que diz respeito às lesões externas, o método não apresentou bons resultados. As reações colaterais observadas foram em pequeno número e de pouco significado clínico. Além disso, não observamos sinais de absorção sistêmica do medicamento. Acreditamos ser o método seguro, rápido, eficaz e plenamente possível de ser realizado ambulatorialmente.

SUMMARY

The AA. reported 15 cases of intra-urethral condyloma acuminata, treated successfully with 5% — 5-FU cream (EFURIX) urethral instilations. There were few collateral effects, with low significance. They observed two recurrences, treated again, with good results. The method seems to be quick, cheap, easy, safe and effective, being possible its utilization by the patient out of hospital, without troubles.

BIBLIOGRAFIA

1) DRETLER, S. P. & KLEIN, L. A. The erradication of intraurethral condyloma acuminata with 5% 5-fluoruracil cream. *The Journal of Urology*, Feb. 1975, V 113, nº 2, pg 195.

2) VON KROGH, G. 5-Fluoro-uracil cream in the successful treatment of therapeutically refractory condyloma acuminata of the urinary meatus. *Acta Dermato-Venereologica*, 56, nº 4, 297-301, 1976.

Co
Ac

JB Industrias Graficas Ltda.
Av. Suburbana, 301
Benfica - Rio de Janeiro