

TRAUMA URO-GENITAL:

Fernando da Rocha Camara

A.TRAUMA RENAL

Tive oportunidade de redigir um capítulo sobre os itens 1 e 2, no livro Clínica Cirúrgica da FMB-UNESP.

Os rins se situam no abdome em sua porção posterior, abaixo do diafragma, protegidos pelas últimas costelas, pela musculatura lombar, pela musculatura do abdome, e pelas vísceras da porção anterior abdominal. A membrana que envolve os órgãos do abdome, se denomina peritônio; não envolve os rins, que se situam no retroperitônio. Pacientes que tenham doença renal prévia podem sofrer rotura renal, em traumas de pequena intensidade.

Quando ocorre um ferimento do abdome, seja por arma branca, ou arma de fogo, os rins podem ser atingidos e o tratamento realizado durante a cirurgia. O trauma abdominal fechado pode também incluir os rins. Os agentes causais podem ser quedas, acidentes atropelamentos, agressões, traumas durante esporte ou artes marciais.

Lembrando-nos da Física, a energia cinética é diretamente proporcional à massa, multiplicada pelo quadrado da velocidade, dividida por dois. Aceleração brusca ou desaceleração brusca são aspectos relevantes dos agentes de trauma. No Brasil há um tipo trauma de abdome, em crianças de periferia, que tentam subir pela frente, em um tanque de lavar roupas, não cimentado na base. São comuns as lesões em órgãos do retroperitônio, como duodeno, pâncreas e rins; órgãos da região anterior, como fígado e baço podem ser afetados.

O principal sintoma de traumatismo de rim, presente em 80% dos casos é a presença de sangue na urina, visível a olho nu, ou ao exame laboratorial. Fica claro, por esta informação, que urina sem sangue não afasta esse diagnóstico. É freqüente que sangue e urina vazem pra fora do órgão, se infiltrando no retroperitônio, podendo levar a massa abdominal, infecção e febre

O atendimento em pronto socorro é muito importante para avaliação e seguimento da pressão arterial (condições circulatórias e respiratórias) e demais condições clínicas. Lesão associada de outros órgãos é sempre uma possibilidade a ser identificada.

Exames de imagem são muito importantes para esclarecer e estagiar as lesões.

O trauma renal penetrante com frequência recebe tratamento cirúrgico; quando o cirurgião cogitar de uma remoção do rim lesado, é fundamental que se certifique da existência do outro rim, pois uma em cada 2000 pessoas tem rim único.

No trauma renal fechado, sem lesão de outros órgãos, o tratamento geralmente é o repouso, com acompanhamento urológico. De um modo geral, o repouso será absoluto enquanto houver sangue visível na urina, e as condições clínicas não se estabilizem. Tubos de ensaio com amostra da urina de cada dia, conservados em geladeira, para se comparar a evolução da hematúria são pouco usados, embora sejam práticos.

O seguimento, a longo prazo, é desejável pois há risco de seqüelas como hipertensão arterial e até perda de função renal.

A litropisia extra- corpórea, para quebrar cálculos de modo não invasivo, causa um mini-trauma renal uma vez que a totalidade dos pacientes têm hematúria transitória pós- operatória.

B.TRAUMA PIELO-URETERAL

A urina que é filtrada em cada rim, passa dos túbulos renais, para o cálices, pequenas bolsinhas hemisféricas, que desembocam todos, em uma espécie de funil, chamada pelve renal. Em continuidade à pelve ou bacinete, tem-se o ureter, que é um tubo oco muscular, revestido por uma bainha adventícia. A função da pelve e ureter é a condução da urina para a bexiga; aí entra de modo oblíquo e tem um sistema incrivelmente elaborado para impedir que a urina volte em sentido inverso. Cada lado tem uma pelve e ureter; há casos de duplicidade parcial ou completa.

Essa estrutura, que vai de cada rim à bexiga, é fina, móvel e se situa no retroperitônio, lateralmente à coluna vertebral.

Devido ao pequeno diâmetro ureteral e à irrigação sanguínea delicada, o sangramento na urina não ocorre sempre. Em

publicação internacional, encontrou-se hematúria macroscópica em 50% dos casos, microscópica em 19%; foi ausente, em 31%.

O trauma pieloureteral fechado pode ser por queda em altura, atropelamento e impacto contra o volante do veículo. Os traumas abertos por arma branca ou de fogo. Os traumas iatrogênicos são aqueles causados por procedimentos médicos tanto diagnósticos, como terapêuticos. As cirurgias ginecológicas que focalizem o útero, podem lesar o ureter, por sua proximidade com a artéria uterina. Mesmo uma cesárea pode resultar em dano imperceptível aos ureteres. Cirurgias de colon, e vasculares também podem de modo potencial causar lesões de ureter. A endourologia, com cirurgias endoscópicas ou percutâneas tem grande participação no grupo das lesões causadas por procedimentos médicos. A melhor solução para essas adversidades, é um estudo detalhado das vias urinárias, antes, durante e após as cirurgias. A colocação de um cateter duplo j, ou pig tail (cateter que se assemelha a um rabo de porco), em que uma extremidade fica na pelve renal, e a outra na bexiga, serve de molde para a cicatrização, e é muito útil nesses casos.

C.TRAUMA DE BEXIGA

A bexiga é um órgão oco-muscular, globoso, cujas funções são o armazenamento da urina filtrada durante algumas horas, e sua emissão. Ela tem uma característica, chamada complacência, que impede grande elevação da pressão intra-luminal, durante seu enchimento. Em crianças a bexiga é mais alta.

A bexiga é revestida parcialmente pelo peritônio, que não envolve sua porção anterior. Essa membrana define quadros clínicos diferentes, em caso de solução de continuidade.

Contusões no baixo abdome, com a mesma cheia, podem resultar em uma rotura. Ferimentos penetrantes por arma branca ou de fogo também podem resultar em extravasamento de urina; esse pode ser intraperitonal, ou pré-vesical. Traumas de bacia, além de lesarem a uretra, podem também lesar a bexiga. Rotura espontânea é rara. Lesões iatrogênicas também podem ocorrer.

O principal sintoma é a hematúria, macro ou microscópica. Podem ocorrer dor abdominal no abdome inferior, incapacidade para urinar, quadro de peritonite.

O principal recurso diagnóstico é radiológico, a uretrocistografia retrógrada.

O tratamento padrão é cirúrgico, com sutura, drenagem e sondagem vesical de demora. Em lesões pré-vesicais selecionadas o tratamento pode ser apenas pela sondagem de demora por 2 semanas.

D.TRAUMA DE URETRA

A uretra masculina conduz a urina da bexiga ao exterior. A saída da bexiga tem uma forma afunilada, e tem um músculo circular, um esfinter. A uretra se estende do colo vesical ao exterior. Sua porção proximal é a uretra prostática; logo a seguir a uretra membranosa, onde há outro músculo circular, o esfinter externo, que participa do mecanismo de continência urinária. Estas duas porções superiores da uretra formam a chamada uretra posterior. A seguir temos a uretra perineal, e a uretra peniana; essa é a uretra anterior. Veremos a seguir que se justificam esta informação, pois, as lesões da uretra têm quadro clínico diferente, conforme o local do trauma.

A abordagem que farei deste tipo de trauma será resumida, pois o tema é complexo e algumas condutas variam de serviço para outro.

Entre as causas de lesão uretral destaca-se a iatrogênica, causada por profissionais de saúde que, de modo errôneo, introduzem uma sonda uretral de modo intempestivo. Para evitar esse tipo de trauma, que incluí neste site um livro que denominei “Cateterismo Vesical: Enfoque Urológico; com o mesmo objetivo, incluí no site, uma vídeo-aula, sobre Cateterismo Vesical.

Outra causa de trauma, é remoção por tração súbita, por paciente agitado, da sonda de Foley, com o balão insuflado. Outras causas importantes são as quedas a cavaleiro (cano de bicicleta, porteira, galho de árvore, sela, tanque de moro, portão, cerca, etc.) e os traumas de bacia (atropelamentos, colisões, acidentes de moto, as quedas em acidentes do trabalho, lutas).

Não posso comentar esse assunto sem me lembrar de um menino que, em um dia de chuva, resolveu equilibrar-se, com sandália tipo havaiana, sobre um portão de ferro. Houve a inevitável queda, e grave lesão de uretra perineal.

Um tipo de trauma de uretra peniana na infância ocorre quando o menino, em pé, com seu pênis apoiado no assento sanitário, sofre a queda da tampa do assento sobre o pênis; vasos sanitários com a caixa de descarga acoplada, causam maior risco desse tipo de lesão. Outro tipo pouco frequente ocorre quando um menino despido fecha uma gaveta com o joelho, prendendo o pênis dentro da mesma

Na sala de emergência de um hospital, é essencial que se examine a urina de acidentados ou vítimas de arma de fogo ou branca. Ao se examiná-los, deve-se analisar as condições do abdome, a região da bexiga a bacia, o escroto e períneo. Trajetória de ferimentos, localização, hematomas; o toque retal pode ser necessário à suspeita de trauma de uretra. Quando o paciente não está consciente, ou não consegue urinar, um profissional experiente poderia realizar um cateterismo com muito anestésico gel e extrema delicadeza. Esse procedimento poderia agravar uma lesão uretral, e geralmente não se recomenda.

Nos traumas de uretra anterior, a uretrorragia, é o sintoma principal; esse sangramento pela uretra ocorre porque a lesão está abaixo do esfínter externo. Nas lesões da uretra posterior, o paciente não consegue urinar, pode haver hematoma em forma de borboleta no períneo, e a próstata está deslocada para cima, não palpável ao toque.

O principal método diagnóstico o estudo radiológico da uretra (uretrografia retrógrada e uretrocistografia).

O tratamento é a reconstrução da uretra na fase aguda; quando for realizada em segundo tempo, uma cistostomia (derivação vesical com s sonda saindo pelo abdome) .

A principal complicação desse tipo de trauma é a estenose de uretra.

E.TRAUMA DE PÊNIS

O tipo talvez mais frequente de lesão é a rotura do frênuo bálano prepucial em adolescentes com freio curto. Se o sangramento não cessa r com compressão, uma plástica local se rcomenda.

São relativamente raros os casos os casos de trauma peniano. O mais comum é, por movimentos bruscos e intensos, em ereção, durante o relacionamento sexual. Outra possibilidade é a de

mordedura de animais, ou durante sexo oral. Há também pacientes psicóticos que fazem auto amputação do pênis, mutilação por parceira. Acidentes com queda sobre o solo podem produzir avulsão da pele genital. Há acidentes do trabalho, em que as vestes sendo colhidas, por máquina em funcionamento, tracionam os pelos pubianos e a pele causando uma avulsão.

Um tipo possível é a preensão do prepúcio no zipper da calça, em meninos que não usam roupa íntima.

Lesões por arma branca ou de fogo, são incomuns.

Quando necessário o ultra-som pode ser usado para avaliação. A cavernosografia é método de exceção.

A reconstrução cirúrgica é a solução Ana maioria dos casos. O reimplante é padrão ouro nas ampuções.

No traumas com fecho éclair, a anestesia tópica com creme de prilocaina e lidocaína (Emla), e sedação podem ser úteis.

A parafimose é uma emergência, na qual quando um portador de fimose, no qual o anel do prepúcio é mais estreito do que o pênis, e uma vez retraída, causa um edema e congestão na glândula e prepúcio. Ou ficou muito tempo puxado para trás ou surgiu uma ereção, impedindo o retorno da pele à posição normal.

O quadro é dramático pela dor, inchaço e até dificuldade para urinar. Um urologista deve ser procurado com urgência. A técnica causa dor; A glândula deve ser comprimida e modo que o inchaço regrida (compressão prolongada e constante), até que o anel possa passar para a frente da glândula. A criança, que é a vítima mais comum chora e tem grande desconforto durante essa redução. Grande macete, em minha experiência profissional, é encher uma luva com gelo moído, ou neve do congelador, amarrar o punho da mesma e envolver o pênis no lugar do polegar da luva (invertido) e comprimir a glândula, do mesmo modo descrito acima.

Passada a fase aguda deve-se operar a fimose.

F.TRAUMA DE TESTÍCULO

Sugiro a leitura do texto Escroto Agudo, de minha autoria, disponível no site.

Geralmente o trauma de testículo deve-se a uma contusão, em trauma fechado de escroto por lesões esportivas, agressões ou acidentes e moto.

Ao exame clínico, existe dor intensa, inchaço, hematoma e grande dificuldade em se fazer um exame adequado, pelo desconforto que o paciente sente.

O ultrassom é muito importante, mas pode ser inconclusivo. Em casos de um trauma mínimo, o tratamento conservador, com elevação escrotal, anti-inflamatórios, e antibióticos.

A cirurgia exploradora, por via escrotal, quanto mais cedo possível. Após 3 dias é maior a possibilidade de ter-se que remover o testículo..A avaliação da intensidade da lesão, limpeza local com soro, remoção de estruturas não irrigadas, sutura, drenagem, e antibióticos

Os traumas penetrantes, usualmente, são por arma de fogo, e o tratamento mais frequente é a orquiectomia.