

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 3ª Unidade Jurisdicional da Fazenda Pública do Juizado Especial 35º JD

COMARCA: Belo Horizonte

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2024.0005111

IDADE: 71 anos

Sexo: Masculino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10 N35 e N36.8

PEDIDO DA AÇÃO: Procedimento correção CIRURGIA DE URETROTOMIA INTERNA

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Aumentar a reestabelecer o lúmen uretral.

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 42.991, 57.662, 58.889

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Solicita parecer, em 5 (cinco) dias, sobre o pedido formulado na inicial.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme relatórios médicos, datados de 24/11/2023, 29/01/2024, 30/01/20224 trata-se de SAS, **71 anos com estenose de uretra. Passado de ressecção de prostática** previa na SCBH, **por ca de próstata. Evoluiu com sensação de dor suprapúbica, instabilidade e depressão e gotejamento urinário com dificuldade de esvaziamento completo de bexiga, isolamento social, e impacto nas AVD.** Em investigação proposta por **urologista**, constatou-se a **estenose uretral** (Ultrassom de vias urinárias NDN e uretrocistografia miccional estenose de uretra.) **Necessita tratamento cirúrgico de uretrotomia interna**, procedimento **0409020176**. A despeito de inscrito no SUS com AIH, **tem alta prioridade para a cirurgia, devido as repercussões sociais e psíquicas** causadas ao paciente, além **do risco de hidronefrose e infecção urinária.**

A uretra é um órgão tubular por onde a urina flui para fora da bexiga. A uretra masculina pode ser dividida em uretra anterior,

envolvendo a uretra peniana e bulbar e a uretra posterior, representada pela uretra membranosa. **Logo na saída da bexiga, atravessa a próstata.** Em sua porção medial na região que corresponde à curvatura da uretra antes dela entrar na pelve, **encontra-se a uretra bulbar, onde encontra-se o esfíncter urinário, que controla a eliminação voluntária da urina.**

Estenose uretral é um estreitamento de um segmento da uretra, que pode resultar em diminuição ou mesmo interrupção completa do fluxo urinário, acarretando em uma série de complicações. Qualquer parte da uretra pode ser afetada, sendo que a extensão do estreitamento pode variar de alguns milímetros ou até mesmo afetar a uretra em toda a sua extensão. Em geral, existe deposição de tecido cicatricial fibrosante na região da estenose. **As estenoses de uretra podem ter origem idiopática, iatrogênica, inflamatória e traumática.** Estudo de meta-análise descreve que, 33% das estenoses de uretra são de origem idiopática, **33% iatrogênica**, 19% traumáticas (queda a cavaleiro) e 15% inflamatórias. **Em nosso meio, a principal causa de lesão uretral é o trauma iatrogênico causado por procedimentos endourológicos, cirurgias prostáticas convencionais e uso de sondas uretrais.**

O diagnóstico deve ser suspeitado em todo paciente que apresentar sintomas obstrutivos do trato urinário inferior e tenham uma história progressiva de manipulação do trato urinário como o uso de sondas uretrais, cirurgias urológicas endoscópicas ou cirurgias prostáticas convencionais, traumatismo de alta energia com comprometimento dos ossos pélvicos ou ainda pacientes com história de queda a cavaleiro. Queixas de fluxo reduzido de urina geralmente é o primeiro sintoma. Dificuldade miccional é bastante comum, porém a interrupção completa do fluxo é rara. Jato espraído ou duplo, gotejamento de urina após a micção, aumento da frequência miccional, noctúria, algúria e incontinência urinária podem ser observados. O estreitamento provoca uma dilatação da uretra proximal pelo aumento da pressão no trato urinário acima da estenose. **A bexiga pode apresentar sinais de hipertrofia ou**

enfraquecimento. Devido a estase, infecções urinárias e prostatites são **complicações** bastante **comuns** nestes pacientes.

Embora todas as estenoses de uretra tenham em comum, a mesma apresentação, resumidas na forma de jato urinário fraco, sensação de micção incompleta e aumento da frequência miccional; a localização precisa do local da estenose é capital para se determinar o melhor tratamento a ser adotado. Os exames complementares que auxiliam no diagnóstico e o estadiamento são: a fluxometria urinária e o estudo urodinâmico revelam uma jato urinário fraco, regular e achatado, que representa a dificuldade da urina em deixar a bexiga; **uretrocistografia miccional e retrograda permitem avaliar a localização da estenose com 94% de sensibilidade**; a **cistoscopia** que permite examinar a região da estenose com um endoscópio especial. Indicada principalmente quando há dúvidas se a estenose de uretra é ao nível da uretra membranosa, prostática ou da anastomose uretro-vesical em paciente submetidos à prostatectomia radical. Tal dúvida é gerada na uretrocistografia devido à contração do esfíncter uretral externo, que faz com que não haja gradiente de pressão retrógrado para o delineamento dos segmentos uretrais posteriores ao esfíncter. Além deste exames, a ressonância nuclear magnética e a ultrassonografia e a da uretra podem ser usadas para ajudar a elucidar melhor a área da estenose.

A **definição da técnica cirúrgica a ser utilizada deve levar em conta a etiologia da estenose, a localização, a severidade, o comprimento da estenose, os tratamentos prévios, as comorbidades, a presença de líquen escleroso e a preferência do paciente. O estadiamento pré-operatório da estenose é fundamental para o planejamento cirúrgico**, mas, muitas vezes, por mais cuidadoso que seja, pode ser insuficiente. Por este motivo, **é fundamental que o cirurgião domine múltiplas técnicas de abordagem da uretra que podem incluir dilatação, uretrotomia e uretroplastia, pois mudanças de planos são comuns durante a cirurgia. O uso da cistostomia por um período mínimo**

de 30 dias pré operatório é uma prática que **deve ser encorajada**. A urina passando sob altas pressões na uretra obstruída, além de dilatar o segmento proximal à obstrução causando um subestadiamento da lesão, ainda **piora a qualidade da mucosa uretral** que será utilizada na cirurgia. **Avaliação multiprofissional** pré-operatória psicológica, nutricional e fisioterapápica é importante, pois ajuda o cirurgião no entendimento das expectativas do paciente e facilitando uma decisão conjunta do tratamento.

Como regra geral os procedimentos devem ser realizados em centros de referência. Os tratamentos cirúrgicos são geralmente necessários para a estenose obstrutiva da uretra. A escolha da melhor opção de tratamento depende da localização e extensão da lesão. As alternativas de tratamento mais utilizadas são a dilatação uretral, a uretrotomia interna, e a uretroplastia. Dilatações uretrais e mesmo uretrotomias internas têm um papel muito limitado no tratamento das estenoses devendo ser considerados somente como tratamento paliativo, na grande maioria dos casos. A dilatação uretral é um tratamento ambulatorial, onde a região estreitada é dilatada com o uso de sondas plásticas de calibre progressivo. Tem o objetivo de tentar elastecer o tecido cicatricial da estenose para aumentar o diâmetro interno do canal da urina. Trata-se de um método com resultado controverso e altos índices de recidiva. A uretrotomia interna é uma cirurgia endoscópica por via uretral, sob anestesia. Pode ser realizada a nível ambulatorial ou hospitalar tem rápida recuperação. Por endoscopia é realizado uma abertura na região estenosada (uretrotomia) que se encontra fibrosada. Apesar da maioria dos pacientes melhorarem dos sintomas, somente cerca de 30% ficam definitivamente curados com essa técnica. É importante destacar que o pensar no tratamento das estenoses de uretra, é obrigatório ter ciência que se trata da abordagem de uma cicatriz e, para tal, os melhores resultados são obtidos com a remoção completa deste tecido cicatricial, quando possível, e anastomose boca a boca entre os segmentos saudáveis. Assim, em geral, as uretroplastias tem uma

maior taxa de sucesso.

As uretroplastias são cirurgias reconstrutivas em que o segmento de uretra estenosado é retirado e as pontas da uretra (cotos uretrais) são novamente unidos por pontos de sutura. Existem vários tipos de técnicas diferentes. Na impossibilidade da remoção completa, pode-se lançar mão de técnicas com a utilização de retalhos e/ou enxertos para substituição de grandes segmentos uretrais, ureteroplastia autógena. No tratamento da estenose uretral aguda, ou de urgência, o cirurgião pode utilizar meios endoscópicos (dilatação uretral ou uretrotomia interna) ou cistostomia suprapúbica. A uretroplastia, ou a excisão do segmento estenótico da uretra e anastomose com tecidos saudáveis e saudáveis, é considerada a forma mais adequada e definitiva de tratamento das estenoses de uretra. A associação a meatoplastia pode ser necessária se ocorrer acometimento deste segmento. Vários estudos comparando outras formas de tratamento das estenoses de uretra até 2 cm, com a uretroplastia convencional com anastomose término-terminal, demonstram que o realinhamento após a ressecção do segmento estenótico apresenta o melhor resultado clínico, e a menor taxa de recidiva no longo prazo, com índices de sucesso de 90 a 95%. Casos em que o comprimento da estenose é maior do que 1.5 cm podem necessitar de enxerto a fim de reconstituir o tubo uretral, anastomoses término terminal estendida com retalho de prepúcio. Nos casos onde foi necessário a colocação de enxertos de mucosa oral, estenoses maiores que 2,5 cm, tidos como mais graves e complexos, o índice de sucesso num prazo de 3 anos é de 88%, com índices de recorrência de 15%.

As complicações cirúrgicas das uretroplastias variam muito na dependência da localização e da técnica usada, sendo a complicação mais comum a recidiva da estenose. Fístulas urinárias também podem ocorrer em qualquer segmento operado. Nas uretroplastias com enxerto, pode ocorrer necrose do enxerto e com necessidade de reanastomose.

No SUS o procedimento de correção de estenose de uretra por

uretrotomia interna está previstos na Tabela SIGTAB, procedimento de baixa/média complexidade, disponíveis para realização em unidades especializadas. Assim não existe solicitação de procedimentos diversos, não contemplados pelo SUS, que requeiram avaliação de indicação, imprescindibilidade, substituição ou não pelo NATJUS, sendo de competência dos gestores local, no caso o município de de Belo Horizonte. Trata-se de demanda, estritamente relacionada à gestão da assistência a saúde e depende da melhor articulação de fluxos dos gestores, o que foge à finalidade do NATJUS - TJMG. Entretanto vale destacar que não é o melhor procedimento disponível no SUS para tratamento desta afecção, sendo considerado procedimento eletivo e paliativo.

Conclusão: trata-se de paciente 71 anos com estenose de uretra. Passado de ressecção de prostática na SCBH, por ca de próstata. Evoluiu com sensação de dor suprapúbica, instabilidade e depressão e gotejamento urinário com dificuldade de esvaziamento completo de bexiga, isolamento social, e impacto nas AVD. Em investigação proposta por urologista, constatou-se a estenose uretral (Ultrassom de vias urinárias NDN e uretrocistografia micccional estenose de uretra.) **Necessita tratamento cirúrgico de uretrotomia interna**, procedimento 0409020176. A despeito de inscrito no SUS com AIH, tem alta prioridade para a cirurgia, devido as repercussões sociais e psíquicas causadas ao paciente, além do risco de hidronefrose e infecção urinária.

A Estenose uretral é um estreitamento de um segmento da uretra, que pode resultar em diminuição ou mesmo interrupção completa do fluxo urinário, acarretando em uma série de complicações. Podem ter origem idiopática, iatrogênica, inflamatória e traumática, sendo em nosso meio, a principal causa de lesão uretral é o trauma iatrogênico causado por procedimentos endourológicos, cirurgias prostáticas convencionais e uso de sondas uretrais.

O diagnóstico deve ser suspeitado em paciente que apresentar

sintomas obstrutivos do trato urinário inferior e tenham uma história progressiva de manipulação do trato urinário e queixas de jato urinário fraco, sensação de micção incompleta e aumento da frequência miccional. O estreitamento provoca dilatação da uretra proximal pelo aumento da pressão no trato urinário acima da estenose, levando a sinais de hipertrofia ou enfraquecimento da bexiga.

A localização precisa do local da estenose é capital para se determinar o melhor tratamento a ser adotado. Os exames complementares que auxiliam no diagnóstico e estadiamento da estenose são: a fluxometria urinária e o estudo urodinâmico; uretrocistografia miccional e retrograda; a cistoscopia.

A definição da técnica cirúrgica a ser utilizada deve levar em conta a etiologia da estenose, a localização, a severidade, o comprimento da estenose, os tratamentos prévios, as comorbidades, a presença de líquen escleroso e a preferência do paciente. O estadiamento pré-operatório da estenose é fundamental para o planejamento cirúrgico, mas, por mais cuidadoso que seja, pode ser insuficiente. Por este motivo, é fundamental que o cirurgião domine múltiplas técnicas de abordagem da uretra que podem incluir dilatação, uretrotomia e uretroplastia, pois mudanças de planos são comuns durante a cirurgia. O uso da cistostomia por período mínimo de 30 dias pré operatório é uma prática que deve ser encorajada. A urina passando sob altas pressões na uretra obstruída, além de dilatar o segmento proximal à obstrução causando um subestadiamento da lesão, ainda piora a qualidade da mucosa uretral que será utilizada durante a cirurgia. Avaliação multiprofissional pré-operatória psicológica, nutricional e fisioterápica é importante, pois ajuda o cirurgião no entendimento das expectativas do paciente e facilitando uma decisão conjunta do tratamento.

Como regra geral os procedimentos devem ser realizados em centros de referência. Os tratamentos cirúrgicos são geralmente necessários para a estenose obstrutiva da uretra. A escolha da melhor

opção de tratamento depende da localização e extensão da lesão. As alternativas de tratamento mais utilizadas são a dilatação uretral, a uretrotomia interna, e a uretroplastia. Dilatações uretrais e mesmo uretrotomias internas têm um papel muito limitado no tratamento das estenoses devendo ser considerados somente **como tratamento paliativo**, na grande maioria dos casos. No tratamento da **estenose uretral aguda, ou de urgência, o cirurgião pode utilizar meios endoscópicos** (dilatação uretral ou uretrotomia interna) **ou cistostomia suprapúbica**. A dilatação uretral é um **tratamento ambulatorial, onde a região estreitada é dilatada com o uso de sondas plásticas de calibre progressivo**. Tem o **objetivo de tentar elastecer o tecido cicatricial da estenose para aumentar o diâmetro interno do canal da urina**. Trata-se de um método com **resultado controverso e altos índices de recidiva**. A uretrotomia interna é uma **cirurgia endoscópica por via uretral, sob anestesia**. Pode ser realizada a nível ambulatorial ou hospitalar **tem rápida recuperação**. Por **endoscopia é realizado uma abertura na região estenosada (uretrotomia) que se encontra fibrosada**. Apesar da **maioria dos pacientes melhorarem dos sintomas, somente cerca de 30% ficam definitivamente curados com essa técnica**. É importante destacar que o pensar no **tratamento das estenoses de uretra, é obrigatório ter ciência que se trata da abordagem de uma cicatriz e, para tal, os melhores resultados são obtidos com a remoção completa do tecido cicatricial, quando possível, e anastomose boca a boca entre os segmentos sadios**. Assim, em geral, as **uretroplastias tem maior taxa de sucesso**.

As **uretroplastias são cirurgias reconstrutivas em que o segmento de uretra estenosado é retirado e as pontas da uretra (cotos uretrais) são novamente unidos por pontos de sutura**. Existem vários tipos de técnicas diferentes. Na impossibilidade da remoção completa, pode-se lançar mão de técnicas com a utilização de retalhos e/ou enxertos para substituição de grandes segmentos uretrais, **ureteroplastia autógena**.

No SUS o procedimento de correção de estenose de uretra por

uretrotonomia interna está previstos na Tabela SIGTAB, procedimento de baixa/média complexidade, disponíveis para realização em unidades especializadas. Assim não existe solicitação de procedimentos diversos, não contemplados pelo SUS, que requeiram avaliação de indicação, imprescindibilidade, substituição ou não pelo NATJUS, sendo de competência dos gestores local, no caso o município de de Belo Horizonte. Trata-se de demanda, estritamente relacionada à gestão da assistência a saúde e depende da melhor articulação de fluxos dos gestores, o que foge à finalidade do NATJUS - TJMG. Entretanto vale destacar que não é o melhor procedimento disponível no SUS para tratamento desta afecção, sendo considerado procedimento eletivo e paliativo.

IV – REFERÊNCIAS:

- 1- McAninch JW, Lue TF. **Urologia geral de Smith e Tanagho**. 18.ed New York. Lange. 2014. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=soLrBgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.
- 2- Lima TFN, Peixoto GA, Sakuramoto PK. Abordagem contemporânea da estenose de uretra. **Revista UROABC**. 2017;7(1):18-21. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/338805473_Abordagem_contemporanea_da_estenose_de_uretra.
- 3- Andrich DE, Mundy AR. What is the best technique for urethroplasty? **Eur Urol**. 2008;54(5):1031-41. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0302283808009111?via%3Dihub>.
- 4- Lumen N, Spiers S, De Backer S, Pieters R, Oosterlinck W. Assessment of the short-term functional outcome after urethroplasty: a prospective analysis. **International Braz J Urol**. 2011;37(6):712-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ibju/a/hd7KGdQSZbsDpwQFrYZYvnk/?format=pdf&lang=en>
- 5- Latini JM, McAninch JW, Brandes SB, Chung JY, Rosenstein D. SIU/ICUD Consultation on Urethral Strictures: Epidemiology, Etiology, Anatomy, and

Nomenclature of Urethral Stenoses, Strictures, and Pelvic Fracture Urethral, Disruption Injuries. **Urology**. 2014;83(Supplement 3A):S1-S7.

Disponível em:
<https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1037.4055&rep=rep1&type=pdf>.

6-. Nardi AC, Nardoza Jr. A, Fonseca CEC, Bretas FFH, Truzzi JCCI, Bernardo WM. **Diretrizes urologia AMB**. Rio de Janeiro, 2014: SBU - Sociedade Brasileira de Urologia, 2014. 382p. Disponível em: http://sbu.org.br/pdf/recomendacoes/livro_uroneurologia_hpb.pdf.

7- American Urological Association e Sociedade Brasileira de Urologia. Diretrizes guia de bolso. Uma Referência Rápida para os Urologistas. Rio de Janeiro, 2017. 273p. Disponível em: http://portaldaurologia.org.br/medicos/wp-content/uploads/2017/08/guideline_AUA_SBU-ilovepdf-compressed.pdf.

8. Ministério da Saúde. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAB. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.

V – DATA:

01/08/2024

NATJUS – TJMG