

UROLOGIA ACTUAL



PORTO



BRAGA



AVEIRO



COIMBRA



AMADORA



ÉVORA



DR

FUNCHAL



LISBOA



BEJA



DR

PORTIMÃO

EXPERIÊNCIA NACIONAL
EM LITÍASE URINÁRIA

Representantes de **16 Serviços de Urologia portugueses** falam sobre a experiência no tratamento da litíase urinária em diferentes regiões do País – do Norte ao Sul, sem esquecer as Ilhas. Formas de atuar, escolhas e desafios estarão em destaque numa sessão de duas horas (das 15h45 às 17h45 de hoje), que promete desencadear uma discussão profícua entre os oradores e a assistência.

Fotos: Celestino Santos e Luciano Reis

Uma oportunidade única para nos dedicarmos à atividade científica

É com enorme satisfação que a Associação Portuguesa de Urologia (APU) dá as boas-vindas a todos os participantes neste XII Simpósio da especialidade. Empenhados em dar lugar a uma discussão profunda e rigorosa sobre as grandes questões da atualidade, o Conselho Diretivo da APU decidiu manter a tradição dos últimos anos e eleger dois temas fundamentais para a prática clínica, em torno dos quais irá decorrer esta reunião magna da Urologia em 2012.

Embora seja uma patologia frequente no nosso quotidiano, a litíase urinária tem sido algo esquecida nos últimos encontros nacionais. A discussão impõe-se, bem como a reflexão acerca da experiência dos diferentes Serviços, nomeadamente em cirurgia renal percutânea, ureteroscopia e litotricia extracorporeal por ondas de choque (LEOC). Nesse sentido, a APU dirigiu um convite a todos os Serviços de Urologia do País para que pudessem discutir, num espaço oportuno, as diferentes realidades geográficas.

A partilha de experiências é um caminho privilegiado para conhecer o trabalho dos colegas, bem como os protocolos que estão a seguir. Desta sessão poderão sair consensos ou normas de orientação para o seguimento dos doentes com litíase urinária, que acreditamos serem uma mais-valia, especialmente para os Serviços mais pequenos e geograficamente isolados.

Com o propósito de enriquecer o programa científico, elegemos ainda um segundo tema central, sobre o qual muitos Serviços ainda não revelam experiência significativa. Iremos, por isso, dedicar tempo à revisão da atualidade da cirurgia reconstrutiva do aparelho urinário, que,

nos últimos anos, conheceu avanços expressivos, os quais esperamos poder apresentar.

Novidades

Cientes da necessidade de proporcionar um espaço para a apresentação de trabalhos nos grandes eventos científicos da APU, este ano, pela primeira vez, foi também lançado o desafio aos urologistas para enviarem comunicações científicas sob a forma de cartazes. O entusiasmo da iniciativa refletiu-se na adesão dos colegas: recebemos 88 pósteres, sendo que haverá um júri responsável por selecionar os dez que serão apresentados na sala principal do Simpósio. Aos três melhores será posteriormente atribuído um prémio monetário, francamente importante para a valorização do trabalho individual e coletivo. Esta é uma vertente na qual espero que se possa continuar a apostar no futuro.

Outra grande novidade é a realização de um *workshop* intensivo sobre a avaliação e o tratamento das estenoses uretrais, que está dividido em duas partes: a primeira com apresentações orais e a segunda dedicada à exibição de vídeos sobre os vários tipos de cirurgia, contemplando técnicas e truques pessoais dos urologistas convidados. Também na área da cirurgia reconstrutiva do aparelho urinário, como já vem sendo tradição, teremos um Curso da European School of Urology, ministrado por professores da Associação Europeia de Urologia.

Agradecimentos

Nestes tempos particularmente difíceis que atravessamos, não posso deixar de mencionar o imprescindível apoio da indústria farmacêutica.



Para além da organização dos simpósios-satélite e da participação com *stands*, teremos almoços de trabalho com cerca de 30 pessoas, para os quais os laboratórios convidaram um palestrante que fará uma breve sessão clínica.

Por tudo isto, considero que este encontro reúne as condições necessárias para prestar um importante contributo em termos práticos e científicos. Quem se quiser dedicar à ciência tem, nestes dias, uma excelente oportunidade para o fazer, de manhã à noite, e num sítio muito agradável – a Península de Troia. Por conseguinte, convido todos os colegas urologistas e todas as pessoas inscritas a participarem ativamente nas sessões deste XII Simpósio da APU. ■

Tomé Matos Lopes
Presidente da Associação Portuguesa de Urologia

Ficha Técnica

Propriedade:



Associação
Portuguesa
de Urologia

Rua Nova do Almada,
n.º 95-3.º A - 1200 - 288 LISBOA
Tel.: (+351) 213 243 590/Fax: (+351) 213 243 599
apurologia@mail.telepac.pt/www.apurologia.pt
Correio do leitor: urologia.actual@gmail.com

Edição:



estera das ideias
PRODUÇÃO DE CONTEÚDOS

Av. Almirante Reis, n.º 114, 4.º E, 1150 - 023 LISBOA
Tel.: (+351) 219 172 815/ Fax: (+351) 218 155 107
geral@esferadasideias.pt | www.esferadasideias.pt
Direção: Madalena Barbosa (mbarbosa@esferadasideias.pt)
Assessora de direção: Zaida Fernandes (zfernandes@esferadasideias.pt)
Gestor de projetos: Tiago Mota (tmota@esferadasideias.pt)
Textos: Inês Melo e Vanessa Pais **Fotografia:** Luciano Reis **Design e paginação:** Filipe Chambel

Patrocínio exclusivo:



astellas
Leading Light for Life

Nota: Os textos deste jornal estão escritos segundo as regras do novo Acordo Ortográfico

Reflexões sobre o tratamento endourológico



JOSÉ DIAS



VÍTOR CAVADAS



IVO LOPES

Os tratamentos endourológicos e alguns aspetos técnicos relevantes na prática clínica são os temas em discussão na mesa-redonda dedicada à endourologia, que decorre hoje, entre as 12h30 e as 13h45.

Inês Melo

Olhar para a endourologia de diferentes perspetivas é o objetivo da sessão que aborda os temas: litíase do divertículo calicial, acesso percutâneo do cálice superior, posição ideal do doente na nefrolitotomia percutânea e tratamento endourológico das estenoses ureterais. José Palma dos Reis, do Hospital de Santa Maria, em Lisboa; João Varregoso, do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (Amadora/Sintra); e Manuel Vila Mendes, do Hospital de Braga, são os moderadores desta mesa-redonda.

Reconhecidos como malformações pouco frequentes, os divertículos caliceais são identificados em 0,2 a 0,6% dos indivíduos que realizam exames de imagem. A percentagem é apontada por José Santos Dias, urologista no Hospital de Santa Maria e orador na sessão sobre esta patologia. «Apesar dos divertículos serem muitas vezes assintomáticos, a associação à litíase intradiverticular é uma causa frequente de hematuria, dor e/ou infeção, o que implica a necessidade de tratamento invasivo», contextualiza este especialista.

Uma das maiores dificuldades do tratamento invasivo poderá estar relacionada com «o istmo estreito e com a reduzida espessura do parênquima renal do contorno externo do divertículo», nota José Santos Dias. E é precisamente neste sentido que têm evoluído as práticas. Atualmente, a recomendação para o tratamento é do foro da endourologia: cirurgia renal percutânea ou ureteroscopia. Em destaque, nesta mesa-redonda, vai estar a ureteroscopia e as vantagens desta técnica em relação às restantes abordagens (ver caixa).

Acesso percutâneo do cálice superior

Na mesma mesa-redonda, Vítor Cavadas, urologista no Hospital de Santo António, no Porto, faz a revisão, discute questões técnicas e analisa manobras para conseguir, com êxito, o acesso ao cálice superior, minimizando as complicações. «O acesso percutâneo mais versátil ao sistema coletor é obtido através do pólo superior que, habitualmente, permite também aceder ao bacinete, cálices inferiores e ureter, através do uso de instrumentos rígidos», explica o especialista.

No entanto, apesar da versatilidade, impõe-se também considerar as limitações e avaliar as dificuldades desta técnica. «O acesso percutâneo do cálice superior requer frequentemente uma abordagem supracostal, que está associada a um aumento significativo de complicações intratorácicas», alerta Vítor Cavadas, que abordará ainda o tratamento destas complicações, bem como os resultados das principais séries de doentes publicadas.

Posição ideal para nefrolitotomia percutânea

A posição ideal do doente na nefrolitotomia percutânea (NLP) é outro dos temas analisados

durante a sessão. Inspirados pelo trabalho de Willard Goodwin, que em 1955 descreveu o primeiro acesso percutâneo em posição ventral, Fernstrom e Johansson realizaram a primeira NLP em 1976. «Desde então, provavelmente por receio de lesão cólica, todos os trabalhos foram descritos com os doentes na mesma posição», recorda Ivo Lopes, urologista no Hospital de São João, no Porto, e orador na sessão dedicada à posição ideal na NLP.

A alternativa para o acesso renal percutâneo, com os doentes em posição de decúbito dorsal, foi apresentada em 1988, por Valdiva-Uria. «Esta posição revelou-se igualmente eficaz e segura, acrescida dos benefícios anestésicos e da possibilidade de instrumentação urológica retrógrada simultânea, o que faz com que a técnica seja dificilmente desprezada assim que a experimentamos», conclui Ivo Lopes.

A última intervenção da mesa-redonda dedicada à endourologia está a cargo de Roberto Mario Scarpa, professor de Urologia na Faculdade de Medicina e Cirurgia da Universidade de Torino, em Itália, que vai abordar o tratamento endourológico das estenoses ureterais. ■

URETEROSCOPIA NA LITÍASE ASSOCIADA AOS DIVERTÍCULOS

A técnica clássica de cirurgia aberta, com «nefrotomia percutânea, encerramento do *infundibulum* e marsupialização ou fulguração da cavidade diverticular (em alguns casos, nefrotomia parcial)», está praticamente abandonada em favor de técnicas minimamente invasivas, como nota José Santos Dias. Em casos raros, há autores que defendem a realização de litotricia extracorporeal por ondas de choque (LEOC) para o tratamento da litíase associada aos divertículos. «No entanto», nota este especialista, «a reduzida taxa de eliminação dos fragmentos torna pouco lógica a utilização desta técnica». A ureteroscopia assume-se então como uma abordagem de relevo: «Realiza-se a incisão e o alargamento do istmo com laser de Holmium:YAG e, posteriormente, a litotricia endoscópica com o mesmo laser.»

Experiência dos Serviços de Urologia no tratamento da litíase urinária

A apresentação da experiência dos Serviços de Urologia portugueses no tratamento da litíase urinária através de técnicas minimamente invasivas (percutâneas, laparoscópicas e endoscópicas) e litotricia extracorporeal é o grande propósito da sessão que decorre hoje, entre as 15h45 e as 17h45.

Inês Melo

Este ano, pela terceira vez, a Associação Portuguesa de Urologia (APU) convida todos os Serviços de Urologia do País a apresentarem as diferentes realidades regionais sobre um dos temas em discussão naquela que é a reunião magna da especialidade. Ao desafio responderam 16 Serviços, que vão partilhar nesta sessão os êxitos, as dificuldades e a forma como estão organizados na resposta a uma patologia tão absorvente no que respeita a recursos e tão exigente do ponto de vista técnico e organizativo. Para antecipar algumas questões que vão estar em discussão, o *Urologia Actual* ouviu cinco urologistas do Norte, Centro, Sul e Ilhas.



NORTE AVELINO FRAGA

«Os avanços da Urologia portuguesa no tratamento da litíase são notáveis, com desempenhos excecionais e o desenvolvimento de técnicas minimamente invasivas com repercussão internacional. Relativamente ao Serviço de Urologia do Hospital de Santo António, no Porto, temos uma consulta própria, com um urologista responsável e uma unidade de litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC). Desenvolvemos cirurgia percutânea, endoscópica, laparoscópica e “aberta” e dispomos de uma ou duas manhãs de bloco operatório por semana, tendo ainda o bloco de ambulatório disponível. Esta organização permite-nos tratar de modo atempado um número crescente de doentes e abordar todas as patologias, incluindo a de idade pediátrica e a inerente aos transplantados. Apesar das dificuldades, pelas quais todos passamos, e do imenso volume de trabalho, estamos muito satisfeitos com o trabalho realizado e com a organização conseguida, que nos permite apresentar trabalhos de revisão e ser

protagonistas em congressos internacionais.» **Avelino Fraga, diretor do Serviço de Urologia do Hospital de Santo António, no Porto, e moderador da sessão.**



CENTRO PEDRO SIMÕES

«Na região Centro, a maior parte dos hospitais encontra-se organizada em centros hospitalares ou unidades locais de saúde. Embora o tratamento endoscópico da litíase urinária esteja acessível na maioria dos Serviços, o tratamento por LEOC encontra-se disponível apenas em dois hospitais públicos: nos Hospitais da Universidade de Coimbra, que contam com um equipamento EDAP TMS Sonolith Vision; e no Hospital Amato Lusitano, em Castelo Branco, que dispõe de um equipamento de LEOC (Dornier Doli SII). No recém-criado Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), o novo Serviço de Urologia dispõe de meios endoscópicos semirrígidos e flexíveis para o tratamento da litíase por via retrógrada e percutânea. Atualmente, o Serviço de Urologia e Transplantação Renal do CHUC funciona em dois pólos distantes, o que leva à dispersão dos meios técnicos e humanos. Prevê-se a criação, a curto prazo, de uma unidade integrada de diagnóstico e tratamento da litíase urinária. Fica por definir em que medida o contexto económico poderá condicionar o futuro da referida unidade.

Salienta-se ainda a colaboração médica, desde 2009, entre a Unidade de Litotricia do CHUC e a Unidade de Litotricia da Região Autónoma dos Açores, instalada no Hospital de Santo Espírito, na ilha Terceira.» **Pedro Simões, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.**



CENTRO SUL CARRASQUINHO GOMES

«A experiência do Serviço de Urologia do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca tem tido como base o tratamento integrado da litíase, que vai desde a utilização da litotricia extracorporeal (realizada noutra instituição) a todas as técnicas atualmente disponíveis que envolvam ureterosopia e cirurgia percutânea. Os residentes dos concelhos de Amadora e Sintra têm acesso, através do serviço de urgência, a cuidados urológicos especializados aquando de crises agudas de litíase sintomática. Por esta razão, a maioria dos utentes que tratamos provém, precisamente, da urgência. Devido à melhoria na acessibilidade e nas condições logísticas, são cada vez mais os utentes tratados precocemente, seja para alívio sintomático ou como tratamento definitivo. A importância desta sessão advirá não só da demonstração da necessidade de promoção da melhoria de aspetos organizativos e de formação permanente, como também da demonstração de que, para haver bons resultados, têm de ser postos à disposição os equipamentos que potenciem o refinamento das técnicas, logo a qualidade dos resultados.»

Francisco Carrasquinho Gomes, diretor do Serviço de Urologia do Hospital Fernando Fonseca (Amadora-Sintra) e moderador da sessão.



ALENTEJO CARDOSO DE OLIVEIRA

«É difícil falar da experiência do Alentejo sem contextualizar o que é o exercício da Urologia nos hospitais públicos da região. Convém recordar que o número de médicos é muito limitado (excluindo o litoral alentejano, que, do ponto de vista da referência, está mais próximo de Setúbal). Portalegre tem um só urologista, Beja tem dois e Évora, que há cerca de um ano tinha cinco, tem atualmente dois. Ainda assim, e apesar de algu-

mas limitações técnicas, a nossa casuística é francamente interessante. É evidente que os grandes Serviços não podem ser comparados aos que têm apenas um ou dois urologistas. De qualquer modo, a distribuição dos recursos está longe de ser democrática. O nosso Serviço não tem, por exemplo, um litotritor a laser, o que constitui uma limitação técnica importante, sobretudo no que respeita à litíase renal realizada por via retrógrada. Há um mínimo de armamentário terapêutico e humano que deve ser considerado, e nós trabalhamos sem esse mínimo. Esta discussão poderá contribuir para tentar organizar um conjunto de regras para o tratamento da litíase, com algum esforço de centralização.» **José Eduardo Cardoso de Oliveira, diretor do Serviço de Urologia do Hospital do Espírito Santo de Évora e moderador da sessão.**



ILHAS QUINÍDIO CORREIA

«Tal como se tem vindo a verificar no continente nacional, apesar de não existirem dados estatísticos oficiais, também na Região Autónoma da Madeira (RAM) existe a perceção de que a incidência de litíase renal tem aumentado nos últimos anos. Os motivos apontados podem ser variados, desde a melhoria no acesso aos cuidados primários de saúde, passando pelas alterações nos estilos de vida, nos hábitos alimentares e medicamentosos, e até mesmo devido a alterações ambientais. Perante esta realidade, o Serviço de Urologia da RAM tem procurado acompanhar os avanços científicos e tecnológicos na área do tratamento da litíase, investindo em novos equipamentos e formação específica dos seus elementos. Esta conferência vem permitir partilhar experiências e discutir algumas das condicionantes com que os diferentes Serviços se deparam na sua atividade clínica diária.» **Quinídio Correia, diretor do Serviço de Urologia do Hospital Dr. Nélio Mendonça, no Funchal, e moderador da sessão.** ■

PUB.



PER-ANDERS ABRAHAMSSON

Secretário-geral da European Association of Urology (EAU)



OPINIÃO

Papel dos urologistas portugueses na Europa e no mundo

Em 1973, a European Association of Urology (EAU) tinha 259 membros. Hoje, são mais de 16 mil. Este crescimento tem vindo a refletir-se no número de participantes na nossa Reunião Anual, que hoje ascende aos 12 mil. Por outro lado, quando a EAU foi criada, a maioria dos nossos membros fazia parte da chamada Europa Ocidental e pouca expressão tínhamos nos países da Europa de Leste. Hoje, não só temos membros ativos de toda a Europa como temos vindo a estabelecer relações com associações nacionais de países não europeus, como a China, o Brasil ou a Índia.

A EAU não só incentiva as organizações científicas nacionais a participar nas suas atividades, como a integrar os vários grupos de trabalho, partilhando conhecimento e informação sobre a sua prática clínica. A Urologia portuguesa, pelo que tenho verificado nas várias vezes que estive em Portugal, tem Serviços muito bem equipados e uma qualidade de prestação de cuidados equiparada ao que de melhor se faz na Europa. Os especialistas desses Serviços, que fazem com que a Urologia portuguesa seja reconhecida internacionalmente, deveriam estar mais próximos da EAU.

Por outro lado, o papel dos urologistas portugueses no mundo é cada vez maior. A relação privilegiada que têm com países como o Brasil são muito importantes e essas relações podem ser centrais na aproximação entre continentes. Por isso, e apesar de já serem alguns os urologistas portugueses a integrar os grupos de trabalho da EAU, em representação da Associação Portuguesa de Urologia, gostaria de reforçar que há espaço para que mais especialistas portugueses participem e partilhem as suas experiências. ■

NOTA: Per-Anders Abrahamsson profere hoje a conferência «O papel da APU na evolução da Associação Europeia de Urologia», entre as 9h20 e as 9h40.



astellas
Leading Light for Life

UROLOGIA

Desafios da litíase urinária

A mesa-redonda dedicada à litíase urinária decorre hoje, entre as 9h40 e as 11h10. Ao *Urologia Actual*, os especialistas convidados adiantam algumas questões que vão estar em debate.

Inês Melo

Desde a década de 1980, com a introdução da litotricia extracorporeal por ondas de choque (LEOC), que o tratamento da litíase urinária tem sofrido profundas transformações. A evolução reflete-se na crescente sofisticação técnica e na miniaturização dos instrumentos, que obrigam a uma constante necessidade de atualização. Por outro lado, a especialização assume-se agora como inevitável. As diferentes abordagens no tratamento da litíase do cálice inferior e da litíase renal coraliforme vão ser os temas em destaque na mesa-redonda «Litíase Urinária», moderada por Luís Abranches Monteiro, do Hospital Beatriz Ângelo, em Loures; Paulo Temido, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; e José Garção Nunes, do Hospital Curry Cabral, em Lisboa.

LITÍASE DO CÁLICE INFERIOR



CABRITA CARNEIRO



TIAGO MENDONÇA

«O método de eleição no tratamento da litíase do grupo calicial inferior é uma matéria controversa», adianta Cabrita Carneiro, urologista no Hospital de São José, em Lisboa, e orador na sessão dedicada à LEOC. Ainda assim, é possível encontrar consenso quando a dimensão destes cálculos é inferior a 20mm (300mm²). «Nestes casos, a LEOC é considerada terapêutica de primeira linha, permanecendo uma opção mesmo em cálculos de dimensão superior», nota este urologista, lembrando ainda que, entre todas as alternativas terapêuticas para a litíase do cálice inferior, «a LEOC é a menos invasiva, com menor risco de complicações e menor taxa de procedimentos invasivos adicionais».

Não obstante a relevância da LEOC, é preciso também considerar os importantes progressos técnicos que se têm verificado na área. «O tratamento da litíase do cálice inferior por ureterorenoscopia flexível constitui um dos mais recentes avanços no campo da endourologia», nota Tiago Mendonça, urologista no Hospital de Santa Maria, em Lisboa, e responsável pela sessão que vai abordar a temática da ureteroscopia. «A miniaturização e a evolução dos ureteroscópios, aliadas aos avanços tecnológicos no campo dos equipamentos de litotricia e litoextração, permitem hoje a obtenção de taxas de sucesso que, mesmo no domínio da litíase complexa, tornam a ureteroscopia uma alternativa

LITÍASE CORALIFORME

«As complicações e a necessidade de tratamentos cirúrgicos complementares levaram muitos autores a considerar a LEOC em monoterapia como um tratamento desadequado para doentes com litíase coraliforme.» As palavras são de Pedro Moreira, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e responsável pela intervenção sobre LEOC. Embora não se possa recomendar o uso rotineiro em monoterapia, este especialista ressalva que a técnica pode ser considerada, com bons resultados, em «cálculos coraliformes pequenos e no tratamento da litíase residual após litoextração cirúrgica».

Por outro lado, as atuais técnicas endoscópicas são cada vez mais preponderantes no trata-

mento da litíase renal coraliforme. Por exemplo, «o desenvolvimento de ureterorenoscópios progressivamente mais sofisticados tem permitido à ureterorenoscopia assumir um papel interessante na terapêutica deste tipo de litíase». Esta é a opinião de José Garção Nunes, moderador da mesa e orador na sessão dedicada à ureteroscopia, que acrescenta: «Esta pode e deve ser encarada como uma técnica cirúrgica complementar na terapêutica da litíase coraliforme.»

No que respeita ao tratamento de primeira linha para cálculos coraliformes, a nefrolitotomia percutânea (NLP) assume-se como uma opção inevitável. «As vantagens sobre a cirurgia aberta ou laparoscópica são a menor morbidade e o

facto de ser menos invasiva. Já em comparação com a LEOC, apresenta uma eficácia muito superior», defende Vítor Oliveira, urologista no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho e interveniente na sessão dedicada à NLP. «Os estudos sugerem que esta técnica é mais eficaz a remover cálculos maiores. Além disto, apresenta menores taxas de litíase residual, de complicações e menor morbidade. As limitações prendem-se com a frequente necessidade de procedimentos adicionais, de estadiar a cirurgia ou de efetuar tratamentos combinados com LEOC», aponta Vítor Oliveira.

Apesar de a maioria dos casos de litíase renal ser tratada com LEOC ou através da NLP, «em



PEDRO MOREIRA



GARÇÃO NUNES



VÍTOR OLIVEIRA



MANUEL FERREIRA COELHO

válida», acrescenta Tiago Mendonça.

Ainda no tratamento da litíase do cálice inferior, a cirurgia renal percutânea tem também um importante lugar. Manuel Ferreira Coelho, urologista no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (Amadora-Sintra) e orador na sessão dedicada à nefrolitotomia percutânea (NLP), salienta que «a correta avaliação anatómica do excretor é fundamental, bem como a correta localização da massa litíase no seu interior». A cirurgia percutânea assume relevância no tratamento da litíase do cálice inferior, especialmente quando «os cálculos são superiores a 2cm, podendo ser abordados com o doente em decúbito ventral ou dorsal, consoante a experiência do cirurgião».

situações mais complexas, estes procedimentos podem exigir vários acessos, intervenções ou sessões, resultando num aumento da morbilidade e dos custos de tratamento», contextualiza Luís Osório, urologista no Hospital de Santo António, no Porto, e o orador na sessão sobre laparoscopia.

Nestas raras situações, apesar da sua natureza invasiva, a cirurgia aberta sempre foi vista como uma opção de salvação. «Atualmente, a laparoscopia consegue duplicar praticamente todas as técnicas cirúrgicas abertas e está associada a menor morbilidade pós-operatória, menor tempo de internamento e melhores resultados estéticos e funcionais», conclui Luís Osório. ■



LUÍS OSÓRIO

JOSÉ LUIS ÁLVAREZ-OSSORIO FERNÁNDEZ



Coordenador do Grupo de Endourologia, Laparoscopia e Robótica Urológica da Associação Espanhola de Urologia

OPINIÃO

Tratamento da doença da junção: cirurgia aberta, endoscópica ou laparoscópica

A estenose da junção pieloureteral (JUP) pode ser assintomática, sendo diagnosticada durante o estudo de outras patologias, bem como manifestar-se com dor surda ou cólica renoureteral, infeção urinária e perda progressiva da função renal. A síndrome da JUP, que pode ser congénita ou adquirida, caracteriza-se pelo aparecimento de sintomas relacionados com a dilatação das cavidades pielocaliciais. No caso de ser adquirida, deve-se, principalmente, às doenças litíase, estenoses pós-operatórias, patologia inflamatória ou tumoral e compressões extrínsecas. No caso da estenose no adulto, em 40% dos casos, a causa está relacionada com vaso polar.

Na minha conferência, vou fazer uma revisão atualizada sobre as características da obstrução da junção e como pode ser diagnosticada do ponto de vista clínico e radiológico. Ainda que a ecografia seja o método de deteção mais frequente pela disponibilidade e acessibilidade do material, técnicas diagnósticas como o UroTac vão tornar-se no método de eleição, já que permitem obter um diagnóstico etiológico, funcional e de apoio prévio à cirurgia.

O tratamento de eleição da estenose da JUP é, desde 1949, a pieloplastia desmembrada de Anderson e Hynes, devido à sua elevada taxa de sucesso. No entanto, a morbilidade devido à lombotomia, as complicações associadas, como dor no pós-operatório, levaram ao desenvolvimento de uma série de técnicas minimamente invasivas. Embora vantajosas e utilizadas em casos específicos, estas técnicas têm uma taxa de êxito inferior à da pieloplastia aberta e resultados menos positivos, nomeadamente nos casos de vaso polar ou de hidronefrose excessiva.

Com o desenvolvimento de técnicas urológicas minimamente invasivas, a pieloplastia laparoscópica impôs-se como uma opção que reduz a morbilidade, tem resultados funcionais equivalentes e uma baixa taxa de complicações. Esta técnica de referência, que permite percentagens de êxito comparáveis aos procedimentos abertos e tem a vantagem da cirurgia minimamente invasiva, será ilustrada através de vídeos. Fazendo a comparação com outras técnicas endourológicas, mostrar-se-á, ainda, como a pieloplastia laparoscópica permite identificar os vasos polares sem que seja realmente necessário obter imagens pré-operatórias para esse fim. As desvantagens desta técnica, que justificam reuniões como esta para troca de experiências, é que exigem mais treino, devido sobretudo à realização da sutura intracorpórea, que pela sua complexidade se pode tornar mais difícil.

Atualmente, a pieloplastia assistida por robô está a desenvolver-se progressivamente, oferecendo inúmeras vantagens à realização da pieloplastia laparoscópica e proporcionando ao cirurgião uma visão ampliada a três dimensões, bem como uma maior mobilidade com seis movimentos independentes, o que facilita a sutura interna e melhora a ergonomia da cirurgia.

Novos avanços cirúrgicos (porta única e minilaparoscopia) permitem hoje em dia resultados excelentes, conciliando o perfil de segurança com os resultados estéticos. No entanto, ainda são necessários estudos para determinar as verdadeiras vantagens em relação à laparoscopia *standard*, considerada a técnica de eleição. ■ *Revisão científica de Alfredo Mota*

NOTA: A conferência de José Luis Álvarez-Ossorio Fernández decorre hoje, entre as 15h15 e as 15h45, e é moderada por Alfredo Mota (Coimbra) e Luís Ferraz (Vila Nova de Gaia).

Níveis de testosterona sobreponíveis
ao "gold standard" da orquidectomia bilateral^{1,2,3}

1, 3 e 6 meses

baixa
a testosterona

e mantém-na baixa⁴