

Rafael Ehrenfreund, Fernando Korkes, José Henrique Santiago, Alexandre Hidaka, Suelen Patricia dos Santos Martins, Nara Lie Utiyamada, Miellio Melo Galdino, Daisy Barreiros  
**Instituto CABEM FMABC**

## Introdução e Objetivo

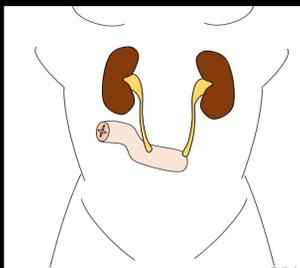
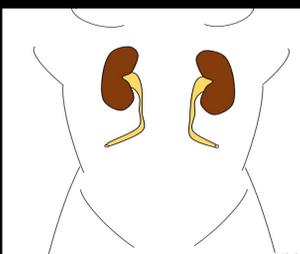
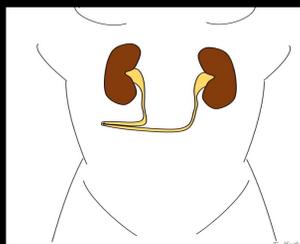
A cistectomia radical é o tratamento de escolha para pacientes portadores de neoplasia maligna vesical invasiva ou tumor superficial recorrente de alto grau. Existem atualmente diversos métodos para derivação urinária após cistectomia radical. No entanto, há alguns anos adotamos a ureterostomia cutânea como estratégia de redução de mortalidade. Com esta estratégia conseguimos reduzir em mais de dez vezes a mortalidade perioperatória nos hospitais da nossa região. Desta forma, garantimos não somente uma redução da mortalidade associada ao tratamento, mas também uma recuperação pós-operatória mais rápida e menor tempo de internação. Após recuperação clínica, tratamentos adjuvantes e exames de seguimento sem evidência de doença, passamos a oferecer a alguns destes pacientes a conversão de ureterostomia em uretero-ileostomia, com o objetivo de facilitar o autocuidado e reduzir complicações. Trata-se de uma casuística inédita, sem protocolos semelhantes reportados na literatura médica.

O objetivo desta coorte é relatar a experiência com pacientes submetidos a cistectomia radical e uconversão posterior para uretero-ileostomia.

## Método

Análise dos dados dos prontuários de 4 pacientes frágeis submetidos à cistectomia radical e ureterostomia cutânea, com posterior confecção de ureteroleostomia cutânea, realizadas no serviço de Urologia da Faculdade de Medicina do ABC, no período de junho de 2020 a junho de 2022

## Figuras



## Resultados

Dentre os 4 pacientes estudados, 25% eram mulheres, a categoria ASA predominante foi II e o IMC médio foi 27. A escala de nutrição média (MNA SF foi de 9 – risco de desnutrição) e o ECOG 2. A confecção de ureterostomia temporária em bico de espingarda foi 75% e transureterostomia foi de 25%. O tipo histológico mais comum foi o carcinoma urotelial invasivo de alto grau em 75% das peças cirúrgicas, enquanto que em um caso não foi identificado acometimento. A média de tempo cirúrgico para cistectomia foi 220 minutos e para derivação urinária definitiva foi 47 minutos; o sangramento operatório médio foi de 400ml. O tempo médio entre a cistectomia e a confecção do Bricker em segundo tempo foi de 795 dias. Um paciente apresentou infecção do trato urinário de repetição e perda da ureterostomia com necessidade de confecção de nefrostomia esquerda; Um paciente evoluiu a óbito após 23 meses da cistectomia e dois evoluíram sem intercorrências clínicas no período pós operatório. Até o momento, os três pacientes que realizam acompanhamento ambulatorial de controle não apresentaram recorrência da doença ou metástase.

## Conclusão

A derivação através de ureterostomia cutânea utilizada como estratégia para redução de mortalidade em pacientes frágeis tem se mostrado eficiente. A conversão de ureterostomia cutânea em ureteroleostomia a Bricker é possível de ser realizada, e com bons resultados.

## Referências

KORKES, Fernando; FERNANDES, Eduardo; GUSHIKEN, Felipe Arakaki; GLINA, Felipe Placco Araujo; BACCAGLINI, Willy; TIMÓTEO, Frederico; GLINA, Sidney. Bricker ileal conduit vs. Cutaneous ureterostomy after radical cystectomy for bladder cancer: a systematic review. International Braz J Urol, [S.L.], v. 48, n. 1, p. 18-30, jan. 2022.

Stenzl A, Cowan NC, De Santis M, et al. Guidelines on bladder cancer: muscle-invasive and metastatic.

Peyromaure M, Guerin F, Debre B, Zerbib M. Surgical management of infiltrating bladder cancer in elderly patients. Eur Urol 2004;45:147–54