

Dashboard Médico

Ressecção Transuretral da Bexiga (RTU-B)

DURAÇÃO

30-90
min

TIPO DE ANESTESIA

Raqui/Geral

INTERNAÇÃO

24-48h

TAXA DE RESSECÇÃO
COMPLETA

85-95%

✓ Indicações Principais

Tumores vesicais suspeitos (diagnóstico)

Carcinoma urotelial não músculo-invasivo

Hematúria macroscópica de origem vesical

Sintomas irritativos por tumor vesical

Estadiamento de tumores vesicais

Seguimento de tumores recidivados

Tumores únicos ou múltiplos < 3cm

Re-ressecção para estadiamento T1

Classificação TNM - Tumores Vesicais

Ta

Carcinoma papilar não invasivo

Tis

Carcinoma in situ ("flat tumor")

T1

Invasão da lâmina própria

T2

Invasão do músculo detrusor

T3

Invasão da gordura perivesical

T4

Invasão de órgãos adjacentes

Como é Realizada a Cirurgia

1. Preparação:

Posicionamento em litotomia, anestesia raquidiana ou geral. Preparo da região genital com antisséptico e colocação de campos estéreis.

2. Cistoscopia Diagnóstica:

Inspeção sistemática de toda a bexiga, identificação, localização e caracterização das lesões. Mapeamento topográfico das lesões.

3. Ressecção das Lesões:

Ressecção completa das lesões visíveis usando alça de diatermia, incluindo margem de tecido saudável e músculo detrusor subjacente.

4. Biópsia da Base:

Ressecção separada da base da lesão (músculo detrusor) para estadiamento histológico adequado, especialmente importante em lesões T1.

5. Hemostasia e Fulgurização:

Coagulação cuidadosa dos vasos sangrantes e fulgurização da base da ressecção para controle hemostático e destruição de células residuais.

6. Finalização:

Revisão sistemática da bexiga, remoção de fragmentos, irrigação e colocação de sonda vesical para drenagem e irrigação pós-operatória.

Timeline da Cirurgia

Pré-operatório

Anestesia e posicionamento do paciente

0h

Preparação Cirúrgica

Antissepsia e colocação de campos estéreis

10min

Cistoscopia Diagnóstica

Mapeamento e caracterização das lesões

15min

Ressecção

Ressecção completa das lesões vesicais

25-75min

Hemostasia

Controle do sangramento e fulgurização

10-15min

Finalização

Revisão, irrigação e sondagem vesical

10min

Recuperação

Despertar e observação pós-anestésica

45min-2h

Taxa de Sucesso e Resultados

Ressecção Completa (R0)

92%

Controle Local em 1 ano

78%

Estadiamento Histológico Adequado

89%

Resolução da Hematúria

95%

Melhora dos Sintomas Irritativos

85%

Sobrevida Livre de Recidiva (2 anos)

65%

Seguimento Oncológico: O seguimento rigoroso com cistoscopia é fundamental, especialmente nos primeiros 2 anos. Taxa de recidiva varia de 15-70% dependendo do risco. Instilação intravesical pode ser indicada conforme protocolo.

Cuidados Pós-Operatórios



Sondagem Vesical

Sonda vesical por 24-48h com irrigação contínua inicial. Retirada quando urina



Hidratação

Ingestão hídrica abundante (2-3L/dia) para diluir a urina e facilitar eliminação



Restrições

Evitar esforço físico intenso por 2-3 semanas. Não dirigir veículos por 24-

estiver clara

de coágulos

48h após anestesia



Medicações

Antibióticos profiláticos, analgésicos e antiespasmódicos. Quimioterapia intravesical conforme protocolo



Retorno ao Trabalho

Atividades leves em 3-5 dias, trabalho normal em 1-2 semanas dependendo da extensão da ressecção



Seguimento Oncológico

Cistoscopia em 3 meses, depois conforme protocolo de seguimento (3-6 meses por 2 anos)

⚠ Sinais de Alerta

Procure atendimento médico imediato se apresentar:

Febre persistente acima de 38°C

Sangramento intenso com coágulos grandes

Impossibilidade de urinar

Dor suprapúbica intensa que não melhora

Sinais de perfuração vesical (dor abdominal)

Hematúria persistente após 1 semana

Técnicas e Considerações Especiais

RTU-B Convencional

Ressecção com alça monopolar ou bipolar. Técnica padrão para diagnóstico e tratamento de tumores vesicais não músculo-invasivos.

RTU-B en Bloc

Ressecção em bloco único preservando arquitetura tumoral. Melhora estadiamento histológico e reduz implantação celular.

Ressecção a Laser

Uso de laser Holmium ou Thulium. Menor sangramento, melhor hemostasia. Indicado para pacientes anticoagulados.

Re-RTU

Segunda ressecção em 2-6 semanas para tumores T1 de alto grau. Fundamental para estadiamento e prognóstico adequados.

Fluorescência (PDD)

Deteção fotodinâmica com hexaminolevulinato. Melhora detecção de carcinoma in situ e lesões planas.

Cistectomia Parcial

Para tumores únicos em local favorável. Alternativa à RTU em casos selecionados de tumores T2 localizados.

Importante:

A ressecção transuretral da bexiga é o padrão-ouro para diagnóstico e tratamento inicial dos tumores vesicais não músculo-invasivos, sendo fundamental para estadiamento e planejamento terapêutico.

Discuta com seu urologista sobre a necessidade de seguimento oncológico rigoroso e possível terapia adjuvante intravesical.