

Dashboard Médico

Uretrólise (Liberação Uretral)

DURAÇÃO

30-60
min

TIPO DE ANESTESIA

Raqui/Geral

INTERNAÇÃO

12-24h

TAXA DE SUCESSO

70-90%

 Indicações Principais

Obstrução urinária pós-cirurgia anti-incontinência

Retenção urinária após sling suburetral

Dificuldade miccional pós-colposuspensão

Esvaziamento vesical incompleto iatrogênico

Urgência miccional de novo pós-cirúrgica

Aderências peri-uretrais sintomáticas

Compressão uretral por tela/sutura

Falha de tratamento conservador



Causas de Obstrução Uretral

Sling suburetral (TVT/TOT) muito tenso

Colposuspensão de Burch inadequada

Cirurgia de prolapso com overcorrection

Aderências cicatriciais pós-operatórias

Tela protética mal posicionada

Sutura transuretral acidental

Hematoma compressivo pós-cirúrgico

Reação inflamatória excessiva



Diagnóstico e Avaliação

História Clínica

Cronologia dos sintomas, cirurgias prévias, medicações, padrão miccional

Exame Físico

Palpação uretral, mobilidade, presença de massas, avaliação neurológica

Urofluxometria

Qmax < 15mL/s, padrão obstrutivo, resíduo pós-miccional elevado

Estudo Urodinâmico

Pressão de abertura elevada, obstrução infravesical confirmada

Cistoscopia

Visualização da obstrução, compressão externa, avaliação da mucosa

Imagenologia

US, RNM para avaliação anatômica e posicionamento de materiais

Como é Realizada a Cirurgia

1. Preparação e Posicionamento:

Anestesia raquidiana ou geral, posição ginecológica, sondagem vesical, antissepsia e colocação de campos estéreis.

2. Cistoscopia Diagnóstica:

Inspeção uretrovesical, identificação do ponto de obstrução, avaliação da mucosa e posicionamento de fio guia se necessário.

3. Incisão e Exposição:

Incisão vaginal anterior, dissecação dos planos para exposição da uretra média e identificação das estruturas obstrutivas.

4. Liberação Uretral:

Dissecação cuidadosa das aderências peri-uretrais, mobilização lateral da uretra, preservação da inervação e vascularização.

5. Correção da Obstrução:

Secção de suturas compressivas, remoção ou reposicionamento de tela, correção da angulação uretral excessiva.

6. Teste Intraoperatório:

Cistoscopia de controle, teste de permeabilidade uretral, avaliação da mobilidade uretral adequada.

7. Finalização:

Hemostasia cuidadosa, fechamento da incisão vaginal, colocação de sonda vesical e curativo adequado.

Timeline da Cirurgia

Preparação

Anestesia e posicionamento da paciente

0h

Cistoscopia

Avaliação endoscópica diagnóstica

10min

Exposição

Incisão vaginal e dissecação

15min

Liberação

Uretrólise e mobilização uretral

25-45min

Teste

Cistoscopia de controle

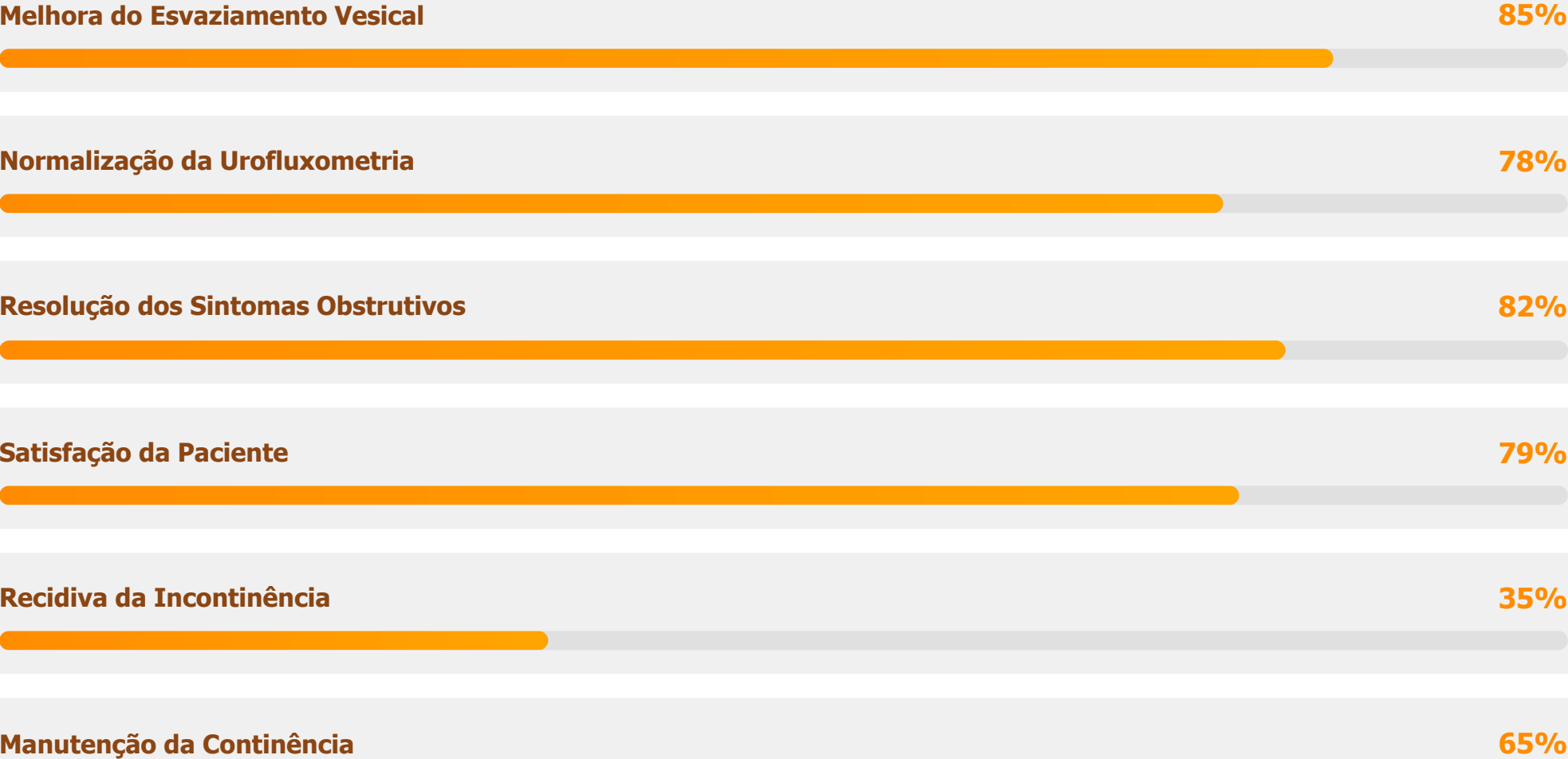
50min

Finalização

Hemostasia e fechamento

60min

Taxa de Sucesso e Resultados



Dilema Terapêutico: A uretrólise melhora o esvaziamento vesical em 80-85% dos casos, mas pode resultar em recidiva da incontinência urinária em 30-40% das pacientes, exigindo discussão detalhada dos riscos e benefícios.

Cuidados Pós-Operatórios



Sondagem Vesical

Sonda vesical por 24-48h. Teste de micção espontânea com medição do resíduo pós-miccional



Monitorização

Avaliação do padrão miccional, volume de resíduo, presença de urgência ou incontinência



Medicações

Analgésicos, antibióticos profiláticos. Alfa-bloqueadores podem auxiliar no esvaziamento inicial



Restrições

Evitar esforços físicos por 2 semanas.
Atividade sexual após 4-6 semanas.
Cuidado com constipação



Alta e Orientações

Alta precoce possível. Orientar sobre sinais de retenção, infecção e quando procurar atendimento



Seguimento

Retorno em 1 semana, 1 mês, 3 meses.
Urofluxometria em 6 semanas e estudo urodinâmico se necessário

⚠ Sinais de Alerta

Procure atendimento médico imediato se apresentar:

Retenção urinária completa

Febre persistente acima de 38°C

Dor suprapúbica intensa

Sangramento vaginal abundante

Impossibilidade de urinar > 6h

Sinais de infecção urinária grave

Incontinência urinária súbita e intensa

Distensão vesical dolorosa

Técnicas e Abordagens

Uretrólise Transvaginal

Abordagem padrão por via vaginal anterior. Permite acesso direto à uretra média, menor morbidade, recuperação mais rápida.

Uretrólise Retropúbica

Via abdominal baixa ou laparoscópica. Indicada quando há necessidade de revisão de colposuspensão ou acesso ao espaço de Retzius.

Liberação de Sling

Técnica específica para liberação de fitas suburetrais (TVT/TOT). Pode incluir secção parcial