

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA NA OBSTRUÇÃO AGUDA DO TRATO URINÁRIO NO ADULTO

Mariana Antunes da Cunha
Michell Mariotti Machado
Eurico Jacques Dornelles Neto

UNITERMOS

RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA/diagnóstico; NEFROLITÍASE; HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA; CATETERISMO VESICAL.

KEYWORDS

ACUTE URINARY RETENTION /diagnosis; NEPHROLITHIASIS; BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA; BLADDER CATHETERIZATION.

SUMÁRIO

Nesse artigo, os autores realizam uma revisão sobre os aspectos mais relevantes para o diagnóstico e tratamento da obstrução aguda do trato urinário. O tema é desenvolvido com base nas causas etiológicas mais frequentes, bem como nas condutas atuais específicas para a solução da situação de urgência.

SUMMARY

In this article, the authors realized a review about the relevant aspects to diagnosis and treatment of acute urinary obstruction. The theme is developed based on the most common etiologies causes, as well as the specific conduct to the solution of urgency.

INTRODUÇÃO

A obstrução urinária aguda é uma condição urológica frequente nos serviços de emergência e ocorre mais comumente em homens com idade superior a 60 anos. Ao longo de um período de cinco anos, a obstrução urinária aguda ocorre em aproximadamente 10% dos homens com idade superior a 70 anos e em quase um terço dos homens com idade superior a 80 anos.¹

A obstrução ao fluxo de urina, com estase concomitante e elevação da pressão no trato urinário, compromete a função renal e constitui uma causa comum de insuficiência renal aguda e crônica. O diagnóstico precoce e a terapia

imediate são, portanto, essenciais para minimizar os efeitos devastadores da obstrução sobre a estrutura e a função dos rins.² A história completa e exame físico podem determinar a causa da obstrução na maioria dos casos. O manejo inicial dessa condição varia entre as instituições, mas normalmente costuma incluir cateterismo uretral ou suprapúbico, tendo em vista a rápida e completa descompressão vesical.^{3,4}

Etiologia

A obstrução do fluxo de urina pode resultar de um bloqueio mecânico intrínseco ou extrínseco, assim como de defeitos funcionais.²

A obstrução mecânica pode ocorrer em qualquer nível do trato urinário, desde os cálices renais até o meato uretral externo. Os pontos normais de estreitamento, como as junções ureteropélvica e ureterovesical, o colo vesical e o meato uretral, são locais comuns de obstrução do trato urinário (OTU) (Quadro 1).² Uma das causas mais comuns de obstrução mecânica é a hiperplasia prostática benigna (HPB), que com o envelhecimento da população é provável que aumente. Pode ser previsto, por conseguinte, que a incidência de obstrução também vá aumentar, a menos que medidas sejam tomadas para a prevenção da HPB.³ Em estudo com 310 homens com por um período de dois anos, a obstrução urinária foi causada por HPB em 53% dos pacientes.⁴

A deterioração funcional do fluxo de urina resulta habitualmente de distúrbios que acometem tanto o ureter quanto a bexiga e pode ser decorrente do modelo neuropatológico de obstrução como em lesões da medula espinhal ou doenças neurológicas progressivas (Quadro 2).^{1,2}

Quadro 1: Causas comuns de OTU

Defeitos intrínsecos adquiridos	Defeitos extrínsecos adquiridos
Nefrolitíase	<i>Trato Reprodutivo feminino</i>
Inflamação	Útero gravídico
Infecção	Miomas Uterinos
Traumatismo	Doença Inflamatória pélvica Endometriose
Necrose de papila	Ligadura acidental do ureter em cirurgia ginecológica
Tumor	Tumor maligno de útero
Coágulos sanguíneos	Tumor maligno de ovário
Cristais de ácido úrico	Tumor de colo uterino
Estenose Ureteral	
Traumatismos	<i>Trato reprodutivo masculino</i>
Fimose	Adenocarcinoma de próstata
Hiperplasia prostática benigna	Hiperplasia Prostática Benigna
Câncer de Próstata	
Câncer de Bexiga	<i>Desordens vasculares</i>
	Aneurismas arteriais (aorta abdominal, artéria ilíaca)
	Tromboflebite de Veia Ovariana
	<i>Outros</i>
	Carcinoma de bexiga, cólon e reto
	Linfoma
	Fibrose retroperitoniais
	Traumatismo

Quadro 2: Causas funcionais de OTU

Neuropatia Diabética
Doença da medula espinhal
Drogas (agentes anticolinérgicos e antagonista alfa-adrenérgico)
Esclerose múltipla
Doença de Parkinson
Doença cerebrovascular

Diagnóstico

Apresentação Clínica

O importante no atendimento inicial do paciente com quadro de OTU é conseguirmos associar as informações da história e exame físico a fim de chegarmos ao diagnóstico, como elucidado no Quadro 3.⁴

O diagnóstico da obstrução urinária é tipicamente obtido pela história, com relatos de diminuição ou ausência miccional por um período significativo e queixas de dor em região suprapúbica ou abdominal. Em pacientes que não verbalizam, o diagnóstico de obstrução urinária deve ser considerado pela ausência de micção associada à inquietação ou agitação.¹

O sintoma que realmente motiva o paciente a procurar assistência médica é a dor. A dor é decorrente da distensão do sistema coletor ou da cápsula renal e sua intensidade é proporcional à velocidade de distensão destas e não ao seu grau. A dor lancinante, conhecida como cólica renal que se caracteriza como uma dor lombar uniforme e contínua, com pouca flutuação na intensidade e que, com frequência, irradia-se para o abdômen inferior, os testículos e os grandes lábios está associada à obstrução supravesical, como aquela produzida por um cálculo alojado em um ureter.²

Durante a anamnese, a identificação de sinais e sintomas como hesitação e esforço excessivo para iniciar a micção, gotejamento pós-miccional, diminuição do calibre do jato urinário, frequência urinária e a incontinência deve levar o médico a suspeitar de obstrução abaixo do nível da bexiga como a HPB. Além disso, alterações no aspecto da urina devem ser questionadas, pois obstrução por coágulos decorrentes de sangramento de tumor de bexiga pode ocorrer. É fundamental também, questionarmos o paciente sobre o uso de fármacos que podem acarretar a OTU como alguns antidepressivos tricíclicos, levodopa entre outros.²

Em pacientes com retenção urinária intermitente, o quadro de sepse a partir de um foco urinário pode ser a apresentação clínica inicial e a obstrução pode ser diagnosticada apenas ao tentar obter uma amostra de urina pela colocação de um cateter de Foley.

Exame Físico

O exame abdominal deve incluir percussão e palpação da bexiga. A bexiga deve ser percutida se contiver pelo menos 150 ml de urina e pode ser palpável com mais de 200 ml. Esse passo do exame físico é essencial para excluirmos o quadro de anúria frente à retenção urinária.⁴

O Toque retal deve ser realizado a fim de estimar o tamanho da próstata e verificar a existência de nódulos na mesma. O toque retal pode revelar também a existência de impactação fecal, o tônus anormal do esfíncter retal ou uma massa retal ou pélvica. É importante lembrarmos, entretanto, que a próstata normal não exclui a HPB como causa da obstrução.^{2,5} O pênis deve ser inspecionado para a possível evidência de estenose meatal ou fimose. Na mulher, um exame pélvico incluindo inspeção, palpação e toque vaginal podem revelar lesões vaginais, uterinas e retais responsáveis por uma OTU.²

O exame neurológico deve incluir a avaliação de força, sensação, reflexo e tônus muscular a fim de descartar quadros neuropatológicos de OTU.²

Exames Complementares

É importante lembrarmos que a necessidade de exames complementares como ultra-sonografia ou exames laboratoriais deve ser determinada com base na história e no exame físico.⁵ O exame de urina pode revelar hematúria, piúria e bacteriúria. O sedimento urinário costuma ser normal até mesmo quando a obstrução resulta em azotemia acentuada e extenso dano estrutural.²

A elevação da creatinina sérica pode identificar a presença de insuficiência renal aguda associada à OTU. No entanto, em processos obstrutivos agudos, não há tempo suficiente para elevação significativa da creatinina sérica. A radiografia simples do abdômen pode identificar um cálculo radiopaco. A ultra-sonografia abdominal tem o objetivo de avaliar o tamanho dos rins e da bexiga. Além disso, é muito útil para identificar hidronefrose com sensibilidade e especificidade de 90%.²

Se esses exames não proporcionarem informação adequada para que possa ser feito o diagnóstico, podem ser usados outros exames de imagem como a pielografia retrógrada ou anterógrada, para facilitar a visualização de lesão suspeitada em um ureter ou pelve renal e a tomografia helicoidal sem realce, a fim de obter imagem dos cálculos que podem estar produzindo obstrução. Pode-se lançar mão ainda da visualização endoscópica pelo urologista, possibilitando a identificação precisa de lesões que acometem a uretra, próstata, bexiga e os orifícios ureterais.²

Quadro 3: Possível etiologia de retenção urinária baseado na história e exame físico²

Paciente	História	Exame Físico	Diagnóstico
Homem	História prévia de retenção urinária	Próstata aumentada, consistência firme, ausência de nódulos ao toque retal ou toque retal normal	HPB
	Febre, disúria; dor perineal, retal ou lombar	Próstata quente e dolorosa	Prostatite
	Perda de peso; sinais e sintomas constitucionais	Próstata aumentada e nodular; exame na próstata pode ser normal	Adenocarcinoma de Próstata
	Dor ou inchaço do prepúcio ou do pênis	Edema de pênis com prepúcio não retrátil	Fimose, parafimose ou edema.
Mulher	Pressão pélvica; protrusão de órgãos pélvicos pela vagina	Prolapso do reto, bexiga ou útero em exame pélvico	Cistocele; retocele; prolapso uterino
	Dor pélvica; dismenorrea; inchaço; desconforto abdominal	Útero, ovários ou anexos aumentados em exame pélvico	Massa pélvica, mioma uterino; doença ginecológica maligna
Homem ou mulher	Disúria; hematúria; febre; dor nas costas	Sensibilidade suprapúbica aumentada; teste de punho percussão lombar positivo	Infecção do trato urinário
	Hematúria indolor	Hematúria macroscópica com coágulos	Tumor de bexiga
	Sintomas constitucionais; dor ou distensão abdominal; sangramento retal	Massa retal; massa abdominal palpável	Tumor Gastrointestinal avançado
	Doença neurológica existente ou recém diagnosticada; esclerose múltipla, Doença de Parkinson; neuropatia diabética, acidente vascular cerebral;	Déficits neurológicos focais ou generalizados	Bexiga Neurogênica

TRATAMENTO

O tratamento inicial da obstrução urinária aguda envolve a descompressão da bexiga. Isso pode ser realizado com cateterismo uretral ou suprapúbico. Os pacientes que passaram por cirurgia urológica recente (prostatectomia radical ou reconstrução uretral, por exemplo) não devem receber cateterismo uretral. Na maioria dos outros casos, a tentativa inicial de cateterismo uretral é apropriada.⁵

Não existe um único consenso nos *guidelines* atuais para a descompressão da bexiga. A maioria dos urologistas prefere cateterismo uretral para o tratamento inicial de OTU. Em duas pesquisas com urologistas da França e do Reino Unido, por exemplo, cateteres uretrais foram eleitos a intervenção preferida por 83% e 98% dos entrevistados, respectivamente.^{5,6}

O cateter de Foley (número 14 a 18) deve ser inserido como terapia de primeira linha. Se a passagem do cateter for impedida por uma obstrução esta pode ser a causa principal da OTU. Se o paciente possui um procedimento transuretral prévio, tal como ressecção transuretral de próstata (RTU), uma obstrução parcial da uretra ou uma cicatriz prostática pode estar presente.

Neste caso, a obstrução pode ser contornada pela redução do tamanho do cateter para um cateter de Foley 10 ou 12.⁵

A colocação de cateter em região suprapúbica pode ser necessária em pacientes com estenose uretral, HBP grave, ou em outras anormalidades anatômicas que impedem a colocação do cateter de Foley por uretra. Resultados com os dois modos de decompressão da bexiga foram comparados em um estudo com 60 pacientes com OTU que foram aleatoriamente tratados com cateterização suprapúbica ou uretral. Os pacientes submetidos ao cateterismo SP tiveram menos infecções do trato urinário e sentiam-se menos desconfortáveis do que aqueles que foram tratados com cateteres uretrais.⁵

Os cateteres SP também possuem a vantagem de permitir a avaliação da capacidade do paciente para urinar antes de removê-lo. No entanto, os cateteres SP carregam um risco aumentado de complicações associadas com a colocação, incluindo perfuração do intestino e infecção da ferida.⁵

Nos quadros que envolvem cálculos impactados no ureter associados a ITU, obstrução completa ou IRA, a desobstrução com colocação endoscópica de cateter especial tipo duplo J ou nefrostomia percutânea deve ser imediata e pode ser temporária ou definitiva, dependendo da etiologia e condições clínicas do paciente. Pacientes em mau estado geral são tratados com a desobstrução temporária até que as condições clínicas permitam a intervenção definitiva.⁷

Após o manejo inicial das situações de urgência que foram elucidadas acima, deve-se considerar internação hospitalar para seguimento do tratamento. Muitos casos requerem investigação complementar, antibioticoterapia endovenosa ou até mesmo intervenção cirúrgica a fim de se obter desobstrução ou tratamento definitivo.

REFERÊNCIAS

1. Vilke GM, Ufberg JW, Harrigan RA, et al. Evaluation and treatment of acute urinary retention. *J Emerg Med.* 2008;35:193-8.
2. Seifter JL, Brenner BM. Obstrução do trato urinário. In Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, et al. *Harrison medicina interna.* 17ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2008. p. 1827-30.
3. Thomaz K, Chow K, Kirby RS. Acute urinary retention: a review of the aetiology and management. *Prostate C and P D.* 2004;7:32–37.
4. Selius BA, Subedi R. Urinary retention in adults: diagnosis and initial management. *American F P.* 2008;77:644-50.
5. Barrisford GW, Steele GS. Acute urinary retention. *UpToDate.* Online; 2012 mai [updated 2012 abr 27]. [16 p.].
6. Fitzpatrick JM, Kirby RS. Management of acute urinary retention. *BJU Int.* 2006;97:16-20; discussion 21-2.
7. Júnior AN, Filho MZ, Reis RB. *Urologia fundamental.* São Paulo: Planmark; 2010.