

Bainhas Ureterais: rotina ou dispensável?

Dr. Fábio André de Azevedo - TiSBU

O uso de bainhas ureterais, em cirurgias endoscópicas de ureterorrenolitotripsia flexível, datam inicialmente de 1974 e descritas pelos japoneses Hisao Takayasu e Yoshio Aso (1). Este uso facilitou o acesso ao rim com esta nova tecnologia. Ao mesmo tempo que foram surgindo novas tecnologias, a endourologia foi também crescendo, com o advento de novos materiais, que possibilitaram o acesso endoscópico ao trato urinário superior.

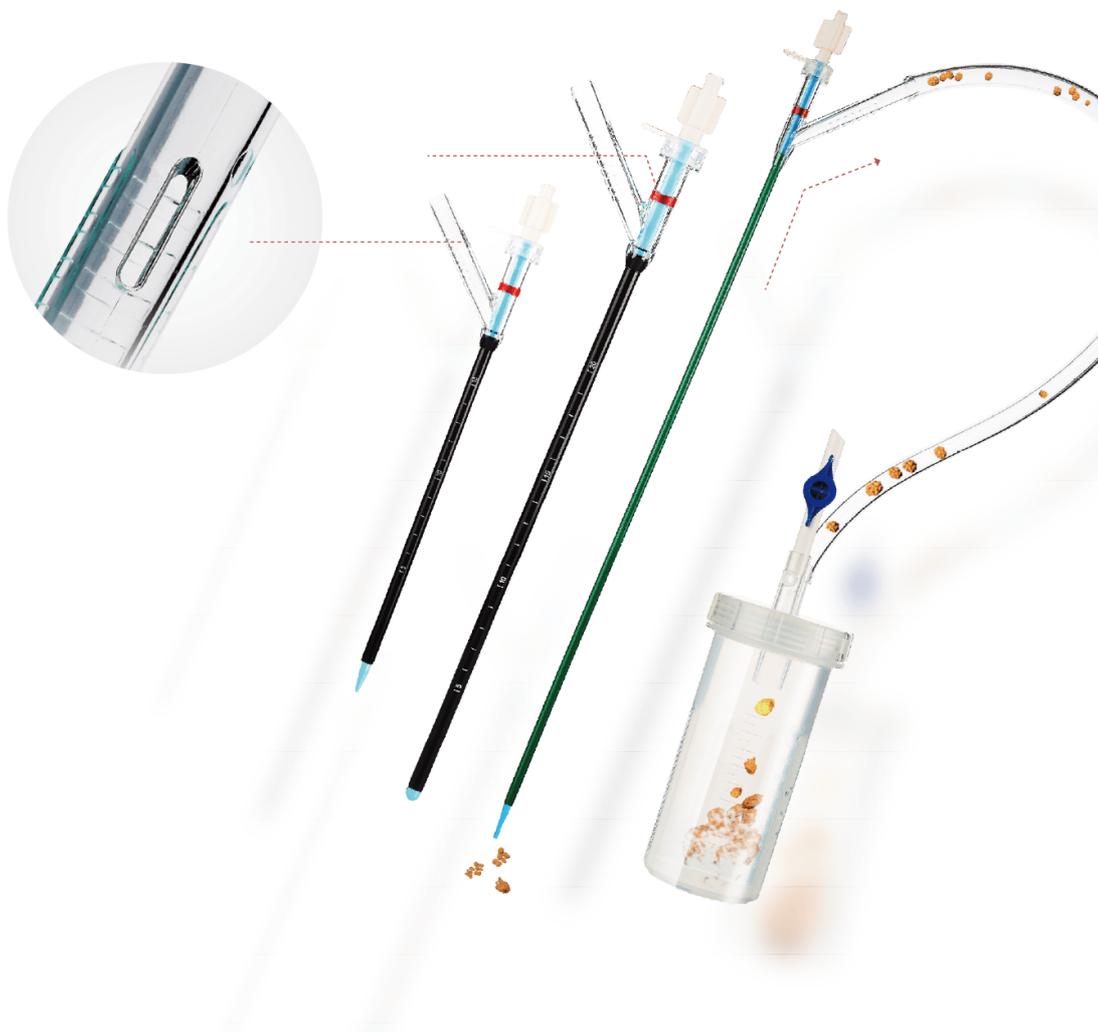
Dentro disso, as bainhas de acesso ureteral podem facilitar o acesso a cálculos grandes dentro do rim, melhor visualização da área, redução da pressão pélvica, acesso a tumores, diminuição da infecção, tratamento de estenoses ou qualquer outra patologia que demande a entrada e saída do ureterorrenoscópio flexível, por varias vezes (2).

Existem vários calibres de bainhas ureterais e as principais são 10-12 Fr, 11-13Fr, 12-14 Fr e 14-16Fr (1), onde o principal problema reside no fato de quanto mais calibrosa ela for maior risco de dano ureteral. Também os tipos de bainhas hidrofílicas facilitaram a sua subida pelo ureter. Por isso, a principal recomendação é o uso da mesma, de forma com dilatação passiva prévia (com o uso prévio de duplo J), do que na forma ativa (sem uso prévio). Esta última forma de uso, vai depender muito da experiência da equipe no seu uso, pois estaremos colocando uma bainha em um ureter virgem de tratamento prévio.

Outro fator importante é a manutenção do fio guia de segurança no momento da colocação da bainha, onde preferimos usar este tipo de bainha que apresenta uma

abertura lateral na ponta da bainha, possibilitando que, quando retiramos o mandril, manteremos o fio guia inicialmente colocado. Este tipo de bainha tem o inconveniente de subir um pouco mais justa que a do outro tipo. O outro tipo de bainha, ao ser colocada no ureter, devemos no mesmo momento retirar o fio guia previamente colocado.

Há um tempo surgiu uma bainha de aspecto em “Y” de nome Clear Petra (5) que além de possibilitar as funções descritas acima, também possibilita aspirar os fragmentos dos cálculos (foto abaixo). Muito utilizada na China, principalmente pelo Dr. Zeng, que tem perto de 35 mil mini-percutâneas realizadas e atualmente utiliza esta bainha. Este tipo de bainha apresenta 2 formatos: a bainha ureteral (acesso retrógrado) e o calibre desta varia de 12-14 Fr e tem de 36-46 cm, e é usada por via ureteral e utiliza a fragmentação com o laser, por ser de baixo calibre. Já o tipo usado por via percutânea (acesso anterógrado), tem calibre de 13-24 Fr e pode utilizar o litotritor ultrassônico (ou até outros tipos) junto com aspirador. O uso destas bainhas tem sido cada vez mais usadas em cirurgias de ECIRS (Endoscopic Combined Intra Renal Surgery), onde combinamos o acesso retrógrado e anterógrado. Ao mesmo tempo o acesso anterógrado da Percutânea, pode ser de várias formas e calibres dependendo da localização e tamanho dos cálculos (micro, ultra-mini, mini e percutânea tradicional). Este acesso da ECIRS nos permite tratar cálculos de diferentes tamanhos e posições renais, assim como Stone Guy's Score do tipo 4.



Vídeo do seu uso :

<https://drive.google.com/file/d/18hkwLLhfe1qtCssBaDwhgQFKY2Y5ZAzy/view?usp=sharing>

Esta bainha em “Y” tem sido bem empregada no mundo todo porém há uma publicação recente da equipe do Dr Patel, que demonstra um risco ao seu uso, por aspiração excessiva junto da mucosa urinaria do rim, podendo a lesar ou perfurar (3).

Então como vimos acima as bainhas ureterais são de uso mundialmente conhecido, apresentando inúmeros benefícios, porém devem ser usadas com cautela e principalmente dependendo da experiência de cada cirurgião.

Há quem julgue interessante e possível a não utilização das bainhas ureterais, apesar da literatura ser bem ampla e clara na sua aprovação, pelos benefícios acima descritos, porém é factível sim, e não intercorremos em conduta incorreta.

Então seu sucesso foi bem elucidado, porém há descrição na literatura de danos da mucosa ureteral até o rompimento do ureter/pelve, que pode variar de grau leve a severo, ocasionados pela bainha ureteral, e há uma classificação de trauma ureteral descrita pelo Dr. Oliver Traxer (4).

Bibliografia:

1. Takayasu H, Aso Y.. Recent development for pyeloureteroscopy: guide tube method for its introduction into the ureter.
2. Richard Vanlangendonck MD, Jaime Landman MD. Ureteral access strategies: Pro-access sheath.
3. Andrew Brevik, MS, Peter Ghamarian, MD, and Roshan M. Patel, MD. Renal Collecting System Injury During Percutaneous Nephrolithotomy, More Likely When Using Continuous Flow Sheaths?
4. Olivier Traxer , Alexandre Thomas *Trauma/Reconstruction/Diversion. Prospective Evaluation and Classification of Ureteral Wall Injuries Resulting from Insertion of a Ureteral Access Sheath During Retrograde Intrarenal Surgery.
5. Tomoya Nao, Ryohei Iga, Rie Yoshimura, Yoshitaka Kurano, Shinkuro Yamamoto and Kenji Tamura, Kochi Medical School, Kochi University, Nankoku, Japan. A new method for effective use of the ClearPetra ureteral access sheath for a giant ureteral stone.