

Implantação de *stent* autoexpansível para tratamento de estenose uretral em cão: relato de caso

[*Implantation of self-expanding stent for treatment of urethral stenosis in dog - case report*]

A.A. Ferreira¹, N.N. Kano², L. Ozório³, P.F. Freitas³, R. Carareto⁴,
J.L.C. Castro⁵, T.R. Froes⁴, P.T. Dornbusch⁴.

¹Aluna de Pós-graduação - Universidade Federal do Paraná - Curitiba, PR

²Aluna de graduação - Universidade Federal do Paraná - Curitiba, PR

³Residente - Universidade Federal do Paraná - Curitiba, PR

⁴Universidade Federal do Paraná - Curitiba, PR

⁵Pontifícia Universidade Católica do Paraná - Curitiba, PR

A.A. Ferreira1
<https://orcid.org/0000-0002-1576-9547>
N.N. Kano2
<https://orcid.org/0000-0002-7132-7073>
L. Ozório3
<https://orcid.org/0000-0002-9324-0243>
P.F. Freitas3
<https://orcid.org/0000-0002-3575-4430>
R. Carareto4
<https://orcid.org/0000-0003-3000-4515>
J.L.C. Castro5
<https://orcid.org/0000-0001-5496-8912>
T.R. Froes4
<https://orcid.org/0000-0002-7802-2598>
P.T. Dornbusch4
<https://orcid.org/0000-0002-0280-6548>

RESUMO

O *stent* endovascular autoexpansível pode ser utilizado como forma de tratamento para estenose uretral em cães. O *stent* de nitinol é composto por uma liga de níquel e titânio que permite mudanças em suas estruturas sob a influência da temperatura corporal e tem excelente biocompatibilidade na uretra canina. Este estudo relata o caso de um cão, sem raça definida, 14 anos de idade, com histórico de disúria há duas semanas, diagnosticado com grande quantidade de cálculos e microcálculos na bexiga, no colo vesical e na uretra prostática, também cistite e hiperplasia prostática. Depois de tratamento para cistite, orquiectomia e cistotomia para retirada dos cálculos, porém sem melhora clínica após 30 dias de acompanhamento, com o paciente apresentando disúria, foi realizada uretrocistografia retrógrada, que evidenciou estenose da uretra prostática. Esse paciente foi encaminhado para procedimento de implantação de um *stent* de nitinol na uretra prostática. Imediatamente após o procedimento e até o presente momento, o paciente apresenta micção espontânea, sem qualquer sinal de disúria, sendo este o primeiro relato no Brasil do uso dessa técnica.

Palavras-chave: *stent* endovascular autoexpansível, uretra prostática, disúria

ABSTRACT

The endovascular stent is used for treatment of urethral stricture in dogs. The nitinol stent is composed by nickel and titanium alloy that allows changes in its structures under the influence of body temperature and has excellent biocompatibility in the canine urethra. This study aims to report a case of a 14 - year - old male dog without defined breed with dysuria for two weeks. Ultrasonographic evaluation revealed microcalculi and calculi in bladder, prostatic urethral obstruction and prostatic hyperplasia. Cystotomy was performed to remove uroliths, but after 30 days of hospitalization there was no clinical improvement. A double-contrast retrograde urethrocystography was performed and showed persistence of prostatic urethral obstruction. The patient was submitted to a new surgery to place a self-expanding nitinol stent and presented spontaneous urination after the procedure. This is the first report of this technique in Brazil.

Keywords: *endovascular self-expanding stent, prostatic urethra, dysuria*

INTRODUÇÃO

O primeiro relato do uso de *stent* vascular para tratamento de estenose uretral em cães foi feito por Milroy *et al.* (1988), que o implantaram na

uretra de quatro cães e demonstraram tratar-se de um tratamento viável para estenose uretral. O *stent* pode ser implantado de forma temporária ou permanente (Latal *et al.*, 1994; Liatsikos *et al.*, 2007), sendo considerado o tratamento de escolha para estenose uretral (Choi *et al.*, 2007). Os *self-expanding metallic stent* (SEMS) de

Recebido em 16 de novembro de 2017

Aceito em 27 de agosto de 2018

E-mail: arieleferreira@hotmail.com

nitinol são compostos por uma liga de níquel e titânio que permite mudanças em suas estruturas sob a influência da temperatura corporal, têm sua pressão de expansão predefinida, são flexíveis o suficiente para se adaptarem à parede uretral, altamente resistentes à corrosão e têm excelente biocompatibilidade na uretra canina (Weisse *et al.*, 2006). O *stent* é formado por um único fio de nitinol o que diminui o risco de lesão uretral (Ko *et al.*, 2002).

O *stent* uretral é implantado por uma técnica inicialmente descrita sob a orientação fluoroscópica, porém a radiografia digital é uma opção facilmente disponível na prática de pequenos animais e pode ser utilizada como alternativa à fluoroscopia, permitindo maior disponibilidade para esse procedimento (Choi *et al.*, 2009; Radhakrishnan, 2017).

O diâmetro do *stent* deve ser 10% mais largo que a uretra adjacente à obstrução, e no comprimento é indicado que o *stent* ultrapasse 0,5 a 1cm para estar em contato com o tecido normal cranial e caudal à região estenosada (Weisse *et al.*, 2006; Choi *et al.*, 2009;; Brace *et al.*, 2013; Hill *et al.*, 2014; Radhakrishnan, 2017).

Em estudo realizado por Hill *et al.* (2014), os autores demonstram as complicações que podem ocorrer após a implantação do *stent* uretral, sendo a principal e mais comum a incontinência urinária, que é relatada em diversos estudos. Outras complicações seriam as obstruções recorrentes em caso de estenose por neoplasia ou por formação de tecido de granulação exacerbante no lúmen do *stent*, a migração do *stent* para a bexiga urinária ou a fratura do *stent* (Ko *et al.*, 2002; Hill *et al.*, 2014). Também podem estar relacionados, após a colocação do *stent* uretral, quadros de hematúria persistente, polaquiúria, estrangúria e disúria (Radhakrishnan, 2017). Em alguns casos, são necessárias novas intervenções, com substituição ou remoção do *stent* e ressecção do tecido de granulação, quando houver (Ko *et al.*, 2002).

Quando ocorrem essas complicações, o *stent* deve ser rapidamente removido; caso haja necessidade de uso permanente, eles devem ser trocados. Os fatores de risco para complicações podem ser minimizados com manejo clínico adequado, como aumento da ingestão hídrica, avaliação imediata mediante as queixas clínicas e

tratamento correto quando identificada infecção do trato urinário (Dyer *et al.*, 2002).

RELATO DE CASO

Foi atendido, no Hospital Veterinário da Universidade Federal do Paraná (HV- UFPR), um cão, sem raça definida, macho, de 14 anos de idade, não castrado, que apresentava disúria há duas semanas, com tratamento prévio realizado por colega sem sucesso. Durante exame físico, observou-se dor abdominal, distensão abdominal e gotejamento urinário por repleção vesical, sem demais alterações. Exames laboratoriais demonstravam hemograma com linfopenia 511 (/ μ L). Os exames bioquímicos indicavam uremia com creatinina 6,6mg/dL, ureia 218,4mg/dL e aumento de fosfatase alcalina 279,6UI/L. Urinálise demonstrava urina de coloração vermelha com aspecto hemorrágico, densidade urinária 1,012, proteinúria (+1), leucocitúria (6-8/campo), bacteriúria (+1) e incontáveis hemácias. Foi realizada urocultura e antibiograma com crescimento profuso de *Streptococcus* sp., tendo sido iniciada terapia para infecção baseada no antibiograma. Em ecografia abdominal, visualizava-se a bexiga com importante repleção, parede apresentando espessamento difuso, contorno irregular, preenchida por conteúdo anecoico com grande quantidade de cálculos e microcálculos, moderada quantidade de gás no lúmen vesical, colo vesical dilatado e presença de microcálculos na uretra prostática. A próstata estava aumentada de tamanho com parênquima hipoecoico heterogêneo, áreas hiperecoicas com pequenos cistos entremeados e os testículos apresentavam-se com nodulações.

A resolução da obstrução uretral foi realizada com sondagem uretral e uro-hidropropulsão retrógrada, seguida de procedimento cirúrgico de cistotomia para retirada desses urólitos da vesícula urinária e orquiectomia devido às alterações prostáticas e aos nódulos testiculares. Após esse procedimento, o paciente foi acompanhado durante 30 dias e houve redução do tamanho prostático, porém mantinha disúria, sendo dependente de sondagem uretral para urinar. Devido a esse quadro, foi realizada uretrocistografia retrógrada de duplo contraste, na qual se observou imagem sugestiva de estenose de uretra prostática, tendo como

Implantação de stent...

diferenciais: uretrite inflamatória severa ou neoplasia uretral (Fig. 1).



Figura 1. Uretrocistografia retrógrada de duplo contraste, com estenose da uretra prostática.

Com o quadro característico de estenose uretral, o paciente foi encaminhado para procedimento de implantação de um *stent* uretral. Realizou-se indução anestésica com propofol (Propovan, Cristália, Itapira, Brasil), na dose de 4mg/kg IV, manutenção com isoflurano (Isoforine, Cristália, Itapira, Brasil) por tubo traqueal 9,0, em circuito semifechado, ventilação espontânea, fluxo de ar 2,0L/min e FiO_2 100%, analgesia com SUFLK, na dose de 5mL/kg/h, composto de citrato de sufentanila (1mcg/kg/h) (Fastfen, Cristália, Itapira, Brasil), lidocaína 2% sem vasoconstritor (0,5mg/kg/h) (Hypocaína, Hypofarma, Ribeirão das Neves, Brasil), cetamina (0,6mg/kg/h) (Quetamina injetável, Vetnil, Jacaré, Brasil), diluído em solução isotônica de cloreto de sódio 0,9% (Fisiológico Linhamax, Eurofarma, Ribeirão Preto, Brasil), administrado sem intercorrências durante o procedimento. O paciente foi posicionado em decúbito lateral direito, e introduziu-se uma sonda urinária número 10. Com o auxílio de radiografias, mediante o uso de aparelho de raios X digital portátil, sistema DR (Cuattro), realizou-se uma uretrocistografia utilizando-se o contraste de Iohexol Hovione (Omnipaque, Farmassa, Xangai, China), diluído com solução isotônica de cloreto de sódio 0,9% (Fisiológico Linhamax, Eurofarma, Ribeirão Preto, Brasil) para distender a bexiga, mantendo o óstio uretral ocluído manualmente, a fim de que fosse possível avaliar o diâmetro uretral e estimar o tamanho do *stent* a ser implantado.

Optou-se por utilizar um *stent* 10% maior que o diâmetro da uretra íntegra (mensurando a uretra cranial e caudal à área estenosada), de nitinol autoexpansível (Angiolux, Porto Alegre, Brasil), de 40mm de comprimento por 8mm de diâmetro. Fez-se, então, a sondagem por via retrógrada, acompanhada de um guia hidrofílico e posterior realização de radiografias de controle para confirmar a localização do *stent*. Quando este foi posicionado no local adequado e compatível com a estenose, foi feita a liberação do *stent* conforme orientação do fabricante. Na primeira tentativa, o *stent* foi liberado e migrou para a bexiga devido à falha no posicionamento inicial; na segunda tentativa, foi posicionado na região adequada, o que se confirmou com uma radiografia lateral de controle, e, então, procedeu-se à liberação e expansão do *stent*, que permaneceu fixo na região de uretra prostática (Fig. 2).



Figura 2. Radiografia de controle após procedimento. Nota-se o primeiro *stent* liberado antes da posição adequada, o qual migrou para a bexiga, e o *stent* na uretra prostática mantendo-se fixo no local adequado.

No pós-cirúrgico imediato, o paciente já estava urinando de forma espontânea, apresentando, durante a primeira semana, discreta incontinência urinária, que cessou sem intervenção medicamentosa. Foi realizada nova urinálise com urocultura e antibiograma e houve crescimento profuso de *Klebsiella* sp. Esse paciente recebeu alta e, na ocasião, estava urinando normalmente. Foi prescrito tratamento para a infecção urinária com amoxicilina com clavulanato de potássio, na dose de 22mg/kg BID, por 40 dias, por ser o antibiótico sugerido no antibiograma realizado. Também foi indicado acompanhamento para

uma nova cistotomia para remoção do *stent* que migrou para a bexiga.

Não houve o retorno conforme solicitado e também não foi seguida a terapia antibiótica prescrita. Após dois meses do procedimento, esse paciente retornou para nova avaliação. Apresentava micção urinária espontânea, o *stent* uretral permanecia fixo, como posicionado inicialmente, porém ainda apresentava sinais de infecção no trato urinário inferior. Foi realizada cistotomia para retirada do *stent* que havia migrado para a bexiga (Fig. 3) e procedeu-se à cultura e ao antibiograma desse material, que demonstrou crescimento profuso de *Klebsiella* sp. multirresistente. Após esse procedimento, iniciou-se a terapia com ceftriaxona 30mg/kg BID. Em contato com o proprietário por telefone, ele relatou que interrompeu a terapia por conta própria e que o paciente estava urinando normalmente.



Figura 3. *Stent* removido da bexiga com presença de debris celulares aderidos ao seu lúmen.

DISCUSSÃO

Segundo Milroy *et al.* (1988), a técnica de inserção do *stent* uretral é simples, embora o tamanho do *stent* tenha que ser bem avaliado para que não haja complicações como migração. O procedimento cirúrgico relatado foi rápido e efetivo, mas o acompanhamento da radiografia digital em diversos momentos foi de fundamental importância para que o *stent* pudesse ser implantado no local correto.

No momento da implantação, Radhkrshnan (2017) confirma que a fluoroscopia é o melhor método de imagem para se utilizar, porém o procedimento pode ser realizado com sucesso

pela radiografia digital, assim como foi feito no caso descrito. A radiografia trouxe um excelente auxílio e possibilitou a aferição do diâmetro uretral, bem como a aplicação do *stent* sem a necessidade da fluoroscopia. A sua principal limitação é a necessidade de múltiplas radiografias, desde a uretrocistografia de contraste, o posicionamento do fio guia até a implantação do *stent*. Essas limitações podem aumentar o risco de complicações e, por isso, devem ser realizadas com imagem adequada e progressão cuidadosa para se ter um bom resultado.

Para assegurar uma posição correta do *stent*, ele foi implantado sendo 10% mais largo do que o diâmetro da uretra adjacente cranial e caudal à região estenosada. O comprimento do *stent* se estende 1cm cranialmente e 1cm caudalmente à área estenosada, como relatado por Weisse *et al.* (2006), sendo o ideal para evitar migrações. Esses pesquisadores realizaram um estudo com 12 cães, e 90% deles foram capazes de urinar de modo voluntário, imediatamente após a implantação do *stent* uretral, assim como no paciente relatado, que urinou no pós-cirúrgico imediato, função essa que não conseguia realizar sem o auxílio da sonda há 30 dias. O sinal de incontinência urinária na primeira semana pode estar relacionado com a localização da estenose na uretra prostática, pois essa região de terço proximal da uretra é composta pela membrana prostática, que, segundo Weisse *et al.* (2006), é considerada a zona de continência da uretra. Essa incontinência pode ser temporária ou permanente, e, no caso relatado, o paciente voltou a urinar normalmente em uma semana de pós-operatório.

Latal *et al.* (1994) mostram que o *stent* de nitinol tem uma excelente biocompatibilidade. Ko *et al.* (2002) relatam riscos de complicações, como fratura do *stent*, e migração sendo menos frequente, porque ele exerce uma força radial sobre a parede da uretra e o material do *stent* é formado de um único fio de nitinol. No presente relato, houve a migração do *stent* devido à falha no posicionamento inicial, porém o segundo *stent*, que foi devidamente posicionado, permaneceu fixo, sem sinais de migração, até o presente momento (quatro meses de pós-operatório). Choi *et al.* (2007) relatam que a migração é o maior obstáculo para se alcançar a duração adequada do *stent*, sendo a implantação

a parte mais crítica para que sejam obtidos bons resultados.

Hill *et al.* (2014) descreveram um acompanhamento em longo prazo, por dois anos, de cães com estenose uretral e comprovaram o sucesso do tratamento, ao verificarem ser este seguro, eficaz e duradouro. Nesses pacientes, 82% dos cães apresentaram cistite bacteriana no momento do diagnóstico, o que enfatiza a necessidade de urinálise e urocultura para todos os cães que irão ser submetidos a tal procedimento. Esses cães passaram por tratamento com antibióticos baseados no antibiograma por um período de quatro a seis semanas. Latal *et al.* (1994) relatam boa biocompatibilidade e ausência de infecções em um estudo realizado a curto prazo.

No presente relato, o paciente apresentava infecção do trato urinário desde o princípio do atendimento. Foi iniciada a terapia indicada pelos exames de antibiograma, e, após a implantação do *stent*, foi prescrito um tratamento longo, de 40 dias, conforme preconiza a literatura. Porém, a terapia indicada não foi seguida, o que fez com que piorasse o quadro de infecção urinária. Ao voltar para atendimento, o paciente apresentava uma cistite multirresistente. Essa falha na terapia e o fato de o *stent* ter sido implantado quando o paciente ainda apresentava infecção urinária são fatores que contribuíram para a perpetuação da infecção, sendo o indicado realizar o tratamento para infecção do trato urinário antes de se colocar o *stent*.

CONCLUSÃO

O uso do *stent* endovascular no caso citado trouxe benefícios ao paciente, visto que ele era dependente da sondagem para conseguir urinar. Essa técnica se mostrou viável com o uso da radiografia digital e, quando implantada de forma adequada, no diâmetro e na região anatômica preconizada, reduz a chance de complicações. Porém, os cuidados e a monitorização devem ser constantes para se evitarem riscos de complicações.

REFERÊNCIAS

- BRACE, M.A.; WEISSE, C.; BERENT, A. Preliminary experience with stenting for management of non-urolith urethral obstruction in eight cats. *Vet. Sur.*, v.43, p.199-208, 2013.
- CHOI, E.K.; SONG, H.Y.; SHIN, J.H. *et al.* Management of recurrent urethral strictures with covered retrievable expandable nitinol stents: long-term results. *Am. J. Roentgenol.*, v.189, p.1517-1522, 2007.
- CHOI, R.; LEE, S.; HYUN, C. Urethral stenting in a cat with refractory obstructive feline lower urinary tract disease. *J. Vet. Med. Sci.*, v.71, p.1255-1259, 2009.
- DYER, R.B.; CHEN, M.Y.; ZAGORIAET, R.J. *et al.* Complications of ureteral stent. *Radiographic*, v.22, p.1005-1022, 2002.
- HILL, T.L.; BERENT, A.C.; WEISSE, C.W. Evaluation of urethral stent for benign urethral obstructions in dogs. *J. Vet. Intern. Med.*, v.28, p.1384-1390, 2014.
- KO, G.Y.; KIM, G.C.; SEO, T.S. *et al.* Covered, retrievable, expandable urethral nitinol stent: Feasibility study in dog. *Radiology*, v.223, p.83-89, 2002.
- LATAL, D. MRAZ, J.; ZERHAU, P. *et al.* Nitinol urethral stents: long-term results in dogs. *Urol., Res.*, v.22, p.295-300, 1994.
- LIATSIKOS, E.N.; KARNABATIDIS, D.; KAGADIS, G.C. *et al.* Metal stents in the urinary tract. *Eur. Assoc. Urol. Eur. Board. Urol.*, v.5, p.77-88, 2007.
- MILROY, E.J.G.; CHAPPLE, C.R.; COOPER, J.E. *et al.* A new treatment for urethral strictures. *Lancet*, v.331, p.1424-1427, 1988.
- RADHAKRSHNAN, A. Urethral stenting for obstructive uropathy utilizing digital radiography for guidance: feasibility and clinical outcome in 26 dogs. *J. Vet. Intern. Med.*, v.31, p.427-433, 2017.
- WEISSE, C.; BERENT, A.; TODD, K. *et al.* Evaluation of palliative stenting for management of malignant urethral obstructions in dogs. *J. Am. Vet. Med. Assoc.*, v.229, p.226-234, 2006.