

Revista Brasileira de Saúde

ISSN 3085-8089

vol. 1, n. 8, 2025

... ARTIGO 9

Data de Aceite: 17/10/2025

CORREÇÃO DE FÍSTULA RETO-URETRAL APÓS PROSTATECTOMIA RADICAL COM TÉCNICA DE YORK-MASON — RELATO DE CASO

Amanda Bueno Olivotti

Médica Residente em Urologia – Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus (HUSF), Bragança Paulista – SP, Brasil.

Marcos Antônio Santana Castro

Prof. Dr.

Médico Urologista, Preceptor do Programa de Residência em Urologia – HUSF, Bragança Paulista – SP, Brasil.

Danilo Toshio Kanno

Prof. Dr.

Médico proctologista, Preceptor do Programa de Residência em Proctologia – HUSF, Bragança Paulista – SP, Brasil.



Todo o conteúdo desta revista está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

INTRODUÇÃO

A fístula retouretral é uma complicação rara da prostatectomia radical, com incidência estimada entre 1% e 2%, porém representa a principal etiologia dessa condição (1,2). Seu diagnóstico é predominantemente clínico, caracterizado por sintomas como pneumatúria, fecalúria e infecções urinárias recorrentes, sendo complementado por exames de imagem que permitem o mapeamento detalhado do trajeto fistuloso e o planejamento cirúrgico (2). Entre as opções terapêuticas, a técnica de York-Mason se destaca como padrão-ouro, por oferecer acesso direto à fístula, elevadas taxas de sucesso — variando de 90% a 100% — e baixas taxas de morbidade, com preservação da continência fecal (3–5).

Este relato descreve um caso singular de fístula retouretral em paciente com adenocarcinoma de próstata pT3b, no qual foi adotada uma abordagem individualizada: bloqueio hormonal precoce, reparo da fístula pela técnica de York-Mason e posterior programação da radioterapia adjuvante. Essa sequência estratégica visou otimizar a cicatrização, reduzir riscos associados à radioterapia e evitar complicações da via abdominal, frequentemente relacionadas a aderências e maior morbidade, reforçando a importância do manejo multidisciplinar e personalizado em cenários clínicos complexos (3–5).

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Relata-se o caso de um paciente masculino, 73 anos, branco, aposentado, portador de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia em uso contínuo de losartana,

atenolol e sinvastatina, diagnosticado com adenocarcinoma acinar usual de próstata, Gleason 4+3 (ISUP 3), PSA 4,24 ng/mL e ressonância magnética evidenciando nódulo periférico direito compatível com doença localmente avançada, com extensão extracapsular e linfonodo obturatório suspeito (cT3aN1cM0).

ACHADOS CLÍNICOS

Submetido à prostatectomia radical videolaparoscópica com linfadenectomia obturatória bilateral em novembro de 2023, evoluiu no pós-operatório com drenagem urinária insuficiente pela sonda vesical, fecalúria e pneumaturia, seguido de perda urinária pelo reto. No exame físico pós-operatório inicial, apresentava abdome flácido, sem sinais de peritonite, mas apresentou obstruções recorrentes da sonda por debris fecais, febre, calafrios e dor hipogástrica, sugestivos de complicação infecciosa com necessidade de internações hospitalares recorrentes para antibioticoterapia venosa e manejo clínico.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico foi inicialmente clínico, sustentado por sintomas clássicos como fecalúria, pneumatúria e obstruções recorrentes da sonda vesical. A ressonância magnética e a tomografia de pelve evidenciaram trajeto fistuloso de aproximadamente 0,5 cm entre a anastomose vesicouretral e a parede anterior do reto. A cistoscopia confirmou o orifício fistuloso infra-trigonal, permitindo planejamento cirúrgico preciso.

Diferenciais como estenose anastomótica isolada e infecção urinária não complicada foram descartados diante dos

achados de imagem e da evolução clínica. O prognóstico oncológico, definido pelo estadiamento patológico pT3b, reforçou a necessidade de tratamento multimodal, incluindo bloqueio hormonal precoce e posterior radioterapia adjuvante.

CRONOLOGIA

O manejo inicial foi conservador, com sondagem vesical contínua, antibioticoterapia sequencial e dieta de baixo resíduo, porém a persistência de infecções urinárias complicadas e obstruções da sonda levou à indicação de colostomia derivativa laparoscópica em maio de 2024, com melhora clínica expressiva e controle dos episódios infecciosos. Diante da necessidade de reparo definitivo, optou-se em agosto de 2024 pela técnica de York-Mason, considerando as vantagens de acesso direto ao trajeto fistuloso, menor risco de complicações associadas à via abdominal previamente abordada e melhores taxas de continência pós-operatória descritas na literatura (3–5).

DATA	EVENTO
NOV/2023	PROSTATECTOMIA RADICAL VIDEOLAPAROSCÓPICA + LINFADENECTOMIA OBTURATÓRIA BILATERAL
DEZ/2023	SINTOMAS URINÁRIOS E SUSPEITA DE FÍSTULA
DEZ/2023	CONFIRMAÇÃO DA FÍSTULA (RNM + TC + CISTOSCOPIA)
MAI/2024	COLOSTOMIA LAPAROSCÓPICA
AGO/2024	REPARO DEFINITIVO DA FÍSTULA (YORK-MASON)

INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

O procedimento foi realizado sob anestesia geral, com antibioticoprofilaxia de ciprofloxacino e metronidazol. O paciente foi inicialmente posicionado em litotomia para meatotomia, uretrotomia interna e cistoscopia diagnóstica, que evidenciou orifício fistuloso infratrigonal de aproximadamente 0,5 cm. Um fio-guia hidrofílico foi introduzido pelo trajeto fistuloso exteriorizando pelo reto, o que auxiliou no mapeamento e na segurança da dissecação aberta subsequente.

Em seguida, o paciente foi posicionado em pronação, e realizou-se uma incisão paracoccígea esquerda e posterior mediana, estendendo-se do cóccix até a borda anal. Os esfíncteres interno e externo foram identificados, reparados (com PDS 3-0 e VICRYL 2-0, respectivamente) e seccionados sob visão direta. A parede posterior retal foi aberta a cerca de 4 cm da borda anal, expondo o trajeto fistuloso da parede anterior já cateterizado com o fio guia. O trajeto foi completamente ressecado, seguido de rafia longitudinal da parede posterior da uretra com fio absorvível (vicryl 3-0) em sutura contínua. Já o fechamento da parede retal foi realizado em pontos separados e em dois planos com VICRYL 3-0. Nesse ponto da cirurgia, existe um detalhe técnico que é o fechamento longitudinal da uretral versus o fechamento transversal do reto a fim de não haver a sobreposição dos pontos de sutura evitar a recidiva da fistula.

Para reforço da anastomose, confeccionou-se retalho muscular do puborretal, interposto entre os planos uretral e retal. A reconstrução esfinteriana foi feita com rafia dos planos musculares (Ethibond 2-0) e fi-

xação do músculo puborretal, assegurando a preservação da continência fecal. Um dreno portovac foi colocado no subcutâneo, e a síntese da pele realizada com retalho cutâneo em V-Y usando monocryl 3-0.

A técnica intraoperatória foi documentada com imagens ilustrando os principais tempos cirúrgicos, incluindo a dissecação dos planos, exposição do trajeto fistuloso, rafia uretral e reconstrução muscular, evidenciando os desafios técnicos impostos pelas aderências pélvicas decorrentes da cirurgia prévia.

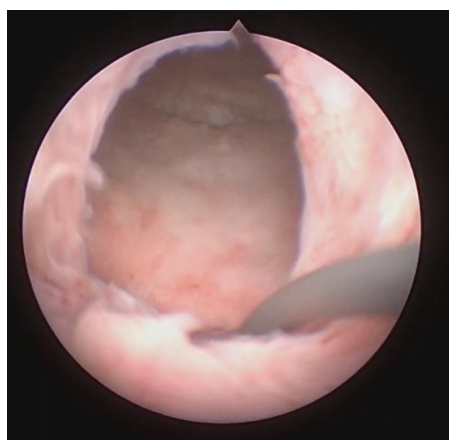


Figura 1: cistoscopia evidenciando a fistula infra trigonal cateterizada com fio guia hidrofílico.

Fonte: Acervo pessoal

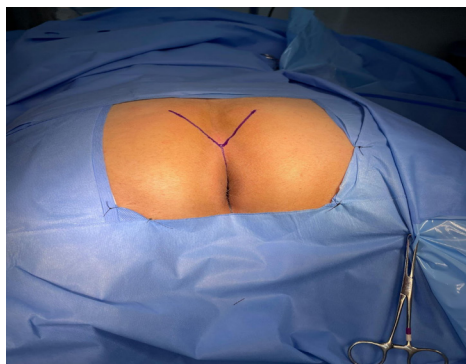


Figura 2: incisão paracoccígea esquerda e posterior mediana, estendendo-se do cóccix até a borda anal.

Fonte: Acervo pessoal



Figura 3: esfíncter externo reparado com vicryl 2-0 e seccionado; esfíncter interno reparado com PDS 3-0 e seccionado.

Fonte: Acervo pessoal.

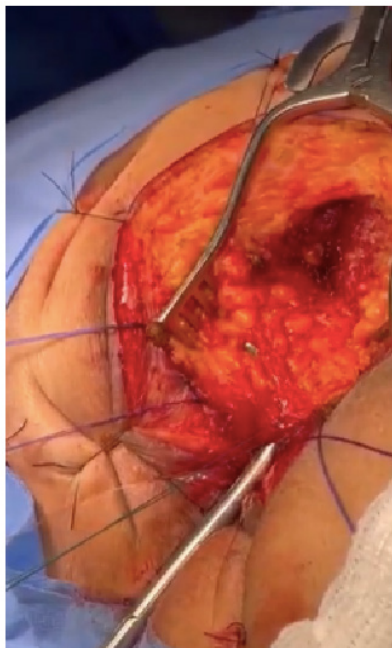


Figura 4: músculos puborretal e elevador do períneo reparados com ethibond 2-0.

Fonte: acervo pessoal.

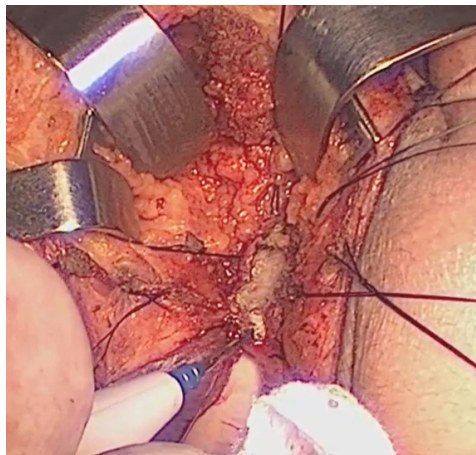
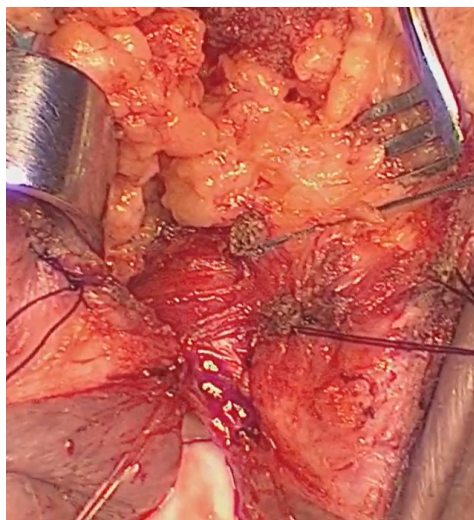


Figura 5: identificação da parede posterior do reto, com todos os músculos prévios já reparados e incisão da mesma.

Fonte: acervo pessoal.

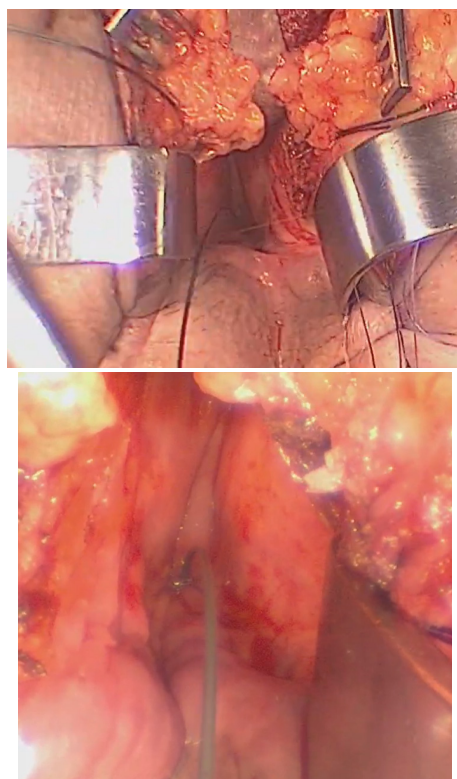


Figura 6: parede posterior do reto já aberta e afastada identificando a parede anterior com a saída do fio guia hidrofílico através do trajeto fistuloso.

Fonte: acervo pessoal.

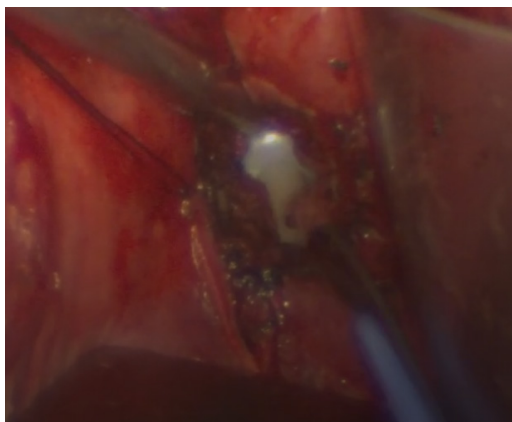
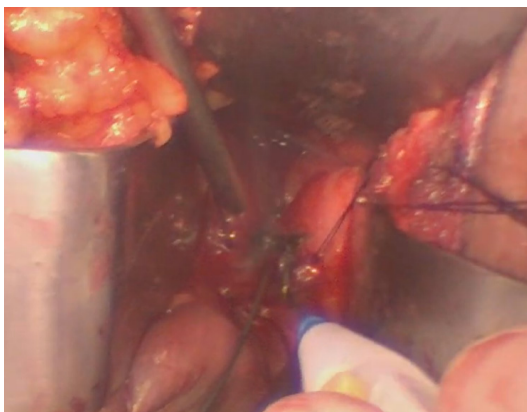


Figura 8 : trajeto fistuloso ressecado e identificado sonda intravesical.

Fonte: acervo pessoal.

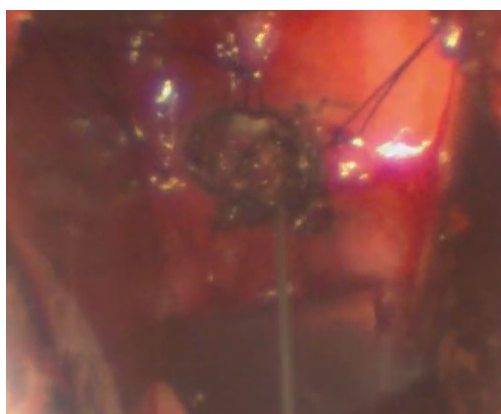
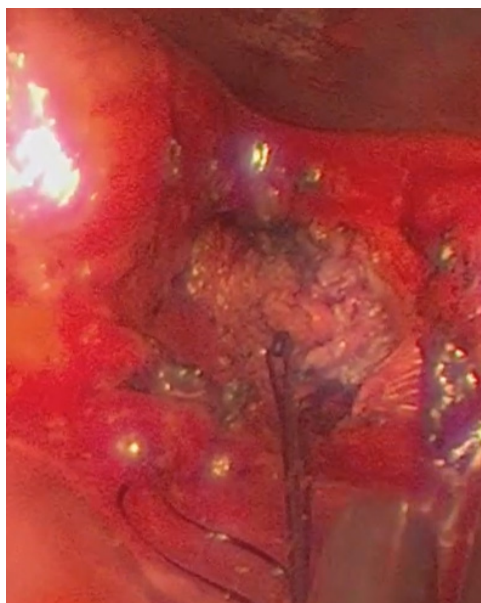
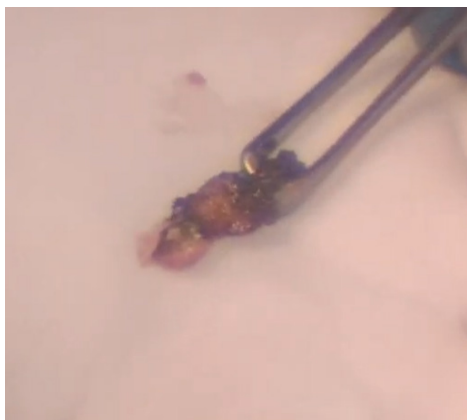


Figura 7: ressecção do trajeto fistuloso.

Fonte: acervo pessoal.



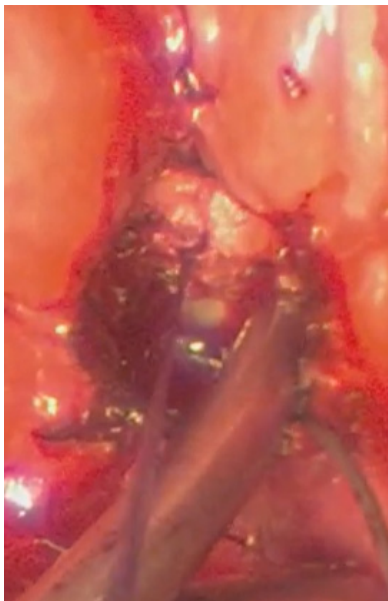


Figura 9: fechamento uretral longitudinal com sutura continua.

Fonte: acervo pessoal.

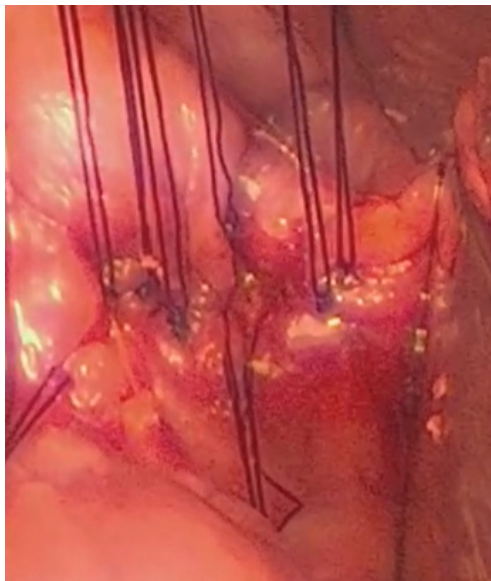


Figura10: fechamento transversal da parede anterior do reto em pontos simples separados em dois planos.

Fonte: acervo pessoal.

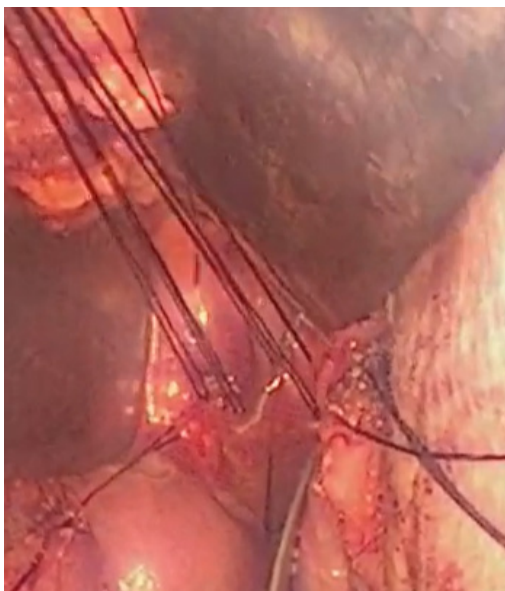




Figura 11: fechamento da parede posterior do reto em pontos simples separados em dois planos.

Fonte: acervo pessoal.

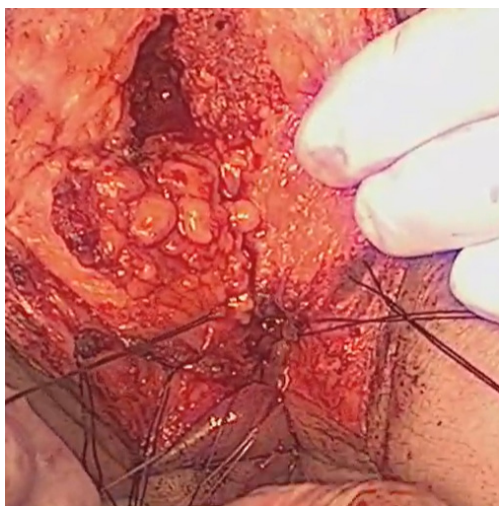


Figura 12: reconstrução esfinteriana foi com rafia dos planos musculares (Ethibond 2-0) e fixação do músculo puborretal, assegurando a preservação da continência fecal.

Fonte: acervo pessoal.

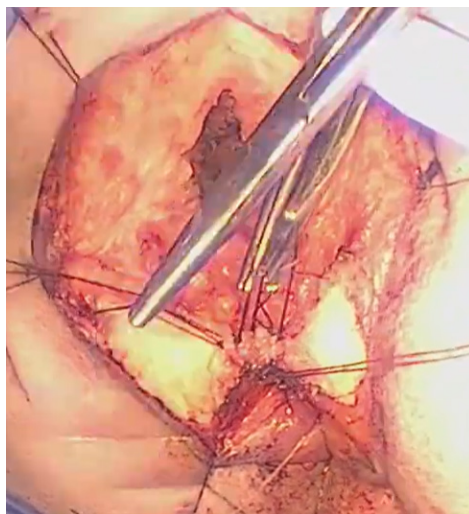


Figura 13: fechamento por planos dos esfínteres anteriormente reparados com cuidado para manter sem tensão.

Fonte: acervo pessoal.



Figura 14: colocação de dreno portovac 3.2 em subcutâneo.

Fonte: acervo pessoal.



Figura 15: aproximação por planos com vycril 3-0.

Fonte: acervo pessoal.



Figura 16: síntese de pele e anuplastia com monocryl 3-0 intradérmico.

Fonte: acervo pessoal.

ACOMPANHAMENTO E DESFECHOS

O paciente apresentou recuperação pós-operatória satisfatória, com retirada precoce do dreno no quarto dia e alta hospitalar sem intercorrências. No seguimento inicial, não houve novos episódios de fecalúria, obstrução de sonda ou infecções. Clinicamente, relatou melhora expressiva da qualidade de vida, retomando atividades de rotina com maior independência. Com relação a continência fecal aguardamos a evolução após a programação de reconstrução o de trânsito, e desta forma, ainda não podemos avaliar esse quesito.

No contexto oncológico, manteve bloqueio hormonal e, com cicatrização adequada, está programado para radioterapia adjuvante, etapa considerada essencial para o controle da doença pT3b.

DISCUSSÃO

A fístula retouretral é uma complicação pouco frequente, mas de manejo complexo, especialmente em pacientes com doença localmente avançada e risco cirúrgico elevado. O presente caso ilustra a importância de uma condução multidisciplinar, combinando suporte clínico inicial, derivação fecal temporária e reparo definitivo com a técnica de York-Mason, estratégia que proporcionou resolução completa da fístula, controle das complicações infecciosas e manutenção do tratamento oncológico em tempo adequado.

A técnica de York-Mason, descrita originalmente em 1969, é considerada o padrão-ouro para o reparo das fístulas retouretrais por oferecer acesso direto ao trajeto fistuloso sem necessidade de abordagem abdominal, com taxas de sucesso que variam entre 90% e 100% em centros de referência (3,4). Além de apresentar baixa morbidade, destaca-se por preservar a continência fecal, uma complicação comum em técnicas alternativas, como abordagens transabdominais ou perineais modificadas (5).

Neste caso, a complexidade intraoperatória foi aumentada pela presença de planos fibrosados e aderências decorrentes da cirurgia prévia, o que demandou dissecação meticulosa e reforço cuidadoso da reconstrução esfinteriana. Ainda assim, os desfechos obtidos corroboram a literatura, que demonstra baixa taxa de recorrência e alto índice de satisfação dos pacientes quando a técnica é executada por equipes experientes.

Outro ponto relevante foi o planejamento oncológico integrado: o bloqueio hormonal foi iniciado precocemente, e a radioterapia adjuvante adiada até a cicatrização completa, evitando risco de deiscên-

cia e complicações infecciosas associadas à radioterapia em tecidos não consolidados. Essa abordagem reforça a necessidade de um manejo individualizado e multidisciplinar, especialmente em pacientes com indicação de tratamento multimodal.

Entretanto, uma limitação relevante deste relato é o seguimento ainda curto, que impede a análise de desfechos tardios, como a avaliação da continência fecal após a reconstrução do trânsito intestinal. Até o momento, a evolução clínica imediata demonstra bom controle dos sintomas e ausência de recorrência da fístula, porém a falta de dados de longo prazo não permite conclusões definitivas quanto à funcionalidade esfinteriana e à qualidade de vida no período pós-reconstrutivo. O acompanhamento prolongado será essencial para complementar a análise funcional e oncológica deste caso.

PERSPECTIVA DO PACIENTE

O paciente relatou que a presença da fístula comprometeu significativamente sua qualidade de vida, com infecções recorrentes e limitação para atividades diárias. Após a correção cirúrgica pela técnica de York-Mason, descreveu melhora expressiva do bem-estar, maior autonomia e confiança na continuidade do tratamento oncológico.

CONSENTIMENTO DO PACIENTE

O paciente forneceu consentimento informado por escrito autorizando a divulgação dos dados clínicos e das imagens intraoperatórias, de forma anônima, para fins científicos e educacionais.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DOS AUTORES

Todos os autores participaram de forma significativa na elaboração do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final submetida, responsabilizando-se integralmente pela veracidade e integridade dos dados apresentados.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse relacionados a este manuscrito.

DECLARAÇÃO DE FINANCIAMENTO

Este estudo não recebeu financiamento externo. Todos os custos relacionados à execução do procedimento, acompanhamento clínico, coleta e análise dos dados foram arcados pelos próprios autores e pela instituição hospitalar de origem, sem vínculo com agências de fomento público ou privado.

REFERÊNCIAS

Thomas C, Jones J, Jäger W, Hampel C, Thuroff J, Gillitzer R. Incidence, clinical symptoms and management of rectourethral fistula after radical prostatectomy. *J Urol*. 2010;183(2):608-12.

Renschler TD, Middleton RG. 30 years of experience with York-Mason repair of recto-urinary fistulas. *J Urol*. 2003;170(4 Pt 1):1222-5.

Crippa A, Dall'Oglio MF, Nesrallah LJ, Hasegawa E, Antunes AA, Srougi M. The York-Mason technique for rectourethral fistulas. *Clinics (Sao Paulo)*. 2007;62(6):699-704.

Hadley DA, Southwick A, Middleton RG. York-Mason procedure for repair of recto-urinary fistulae: a 40-year experience. *BJU Int*. 2012;109(7):1095-8.

Bergerat S, Rozet F, Barret E, Costa JB, Castro A, Dell'Oglio P, et al. Modified York-Mason technique for repair of iatrogenic recto-urinary fistula: 20 years of the Montsouris experience. *World J Urol*. 2018;36(6):947-54.