

Revista Brasileira de Saúde

ISSN 3085-8089

vol. 2, n. 1, 2026

... ARTIGO 6

Data de Aceite: 02/01/2026

INDICAÇÕES E ASPECTOS TÉCNICOS DA CISTOSTOMIA CIRÚRGICA

Eloa Borges Oliveira Andrade

Miguel Josue Pitta Rodrigues Ferreira De Moraes

Nathalia Minuncio Nogueira

Rogério Luporini



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



Resumo: Introdução: A cistostomia é uma técnica urológica descrita desde a Antiguidade, que apresentou progressivos avanços técnicos ao longo dos séculos, consolidando-se como uma abordagem eficaz de derivação urinária. Essa é uma intervenção muito utilizada na prática cirúrgica quando o esvaziamento da bexiga por via uretral é inviável ou contraindicado, podendo ser feita por técnica aberta ou percutânea suprapúbica, de modo temporário ou permanente. **Objetivo:** Identificar as principais indicações e contraindicações da cistostomia cirúrgica e descrever os aspectos técnicos gerais das técnicas aberta e percutânea suprapúbica. **Metodologia:** Esta revisão bibliográfica utilizou artigos e documentos científicos disponíveis nas bases de dados Google Acadêmico, *PubMed* e *SciELO*, por meio dos descritores relacionados à cistostomia, suas indicações, contraindicações e técnicas. Foram incluídos estudos em português, inglês, espanhol e francês, com acesso ao texto íntegro e que possuíam relação direta com o tema, sendo excluídos os que não eram pertinentes ou eram direcionados a populações específicas. **Resultados e Discussão:** As indicações da cistostomia são amplas, abrangendo desde retenção urinária aguda até processos infecciosos graves e situações pós-operatórias específicas. A via aberta se destaca pela segurança devido à exposição direta da bexiga, enquanto a abordagem percutânea suprapúbica demonstra benefícios como menor tempo operatório e invasividade, além de ser possível realizá-la apenas com anestesia local em determinados casos, sendo frequente em cenários de urgência. Ambas as técnicas apresentam potenciais complicações, exigindo recomendação cuidadosa e domínio técnico. **Conclusão:** A escolha entre a cistostomia aberta e a percutânea deve ser individuali-

zada, sempre levando em consideração as condições clínicas do paciente, a indicação específica e os recursos disponíveis. O conhecimento teórico-técnico das abordagens é crucial para assegurar o manejo e viabilizar uma prática eficaz.

Palavras-chave: cistostomia; abordagem aberta; cistostomia percutânea suprapúbica; indicações; técnicas.

INTRODUÇÃO

Historicamente, a cistostomia é um procedimento referenciado desde a antiguidade, com registros de sua realização no antigo Egito e na Grécia Antiga. A primeira descrição detalhada da técnica é atribuída a Celsus, que retratou a cistostomia com o objetivo de permitir uma litotomia vesical por via perineal, além de citar o uso de um instrumento “em forma de gancho” que auxiliasse na extração de cálculos. Esses procedimentos precisavam ser rápidos e executados em poucos minutos por conta da ausência da anestesia (Torres; Ricardez, 2008). No século XVI, Pierre Franco inovou ao adotar a abordagem suprapúbica da cistostomia, embora o próprio autor considerasse a técnica extremamente perigosa, sendo indicada apenas como medida de último recurso, por meio de abordagem transperitoneal (Cologna, 2011).

No decorrer do século XIX, novas práticas voltadas à exposição da parede anterior da bexiga foram descritas, viabilizando o acesso por via extraperitoneal e favorecendo a minimização de complicações relacionadas à introdução na cavidade abdominal. Entre essas contribuições, é relevante destacar a técnica descrita por Peterson, que utilizava uma bolsa de borracha posicionada no interior do reto, que, quando preenchi-

da com líquido, deslocava o reto e a bexiga anteriormente, ainda que essa prática não seja mais utilizada na atualidade. Depois, Guyon apresentou a manobra de descolamento cranial do peritônio e da gordura perivesical, com o objetivo de expor uma maior área da parede anterior da bexiga e evitar a penetração na cavidade abdominal. Ao final do século XIX, a abordagem vesical suprapúbica extraperitoneal já se apresentava amplamente difundida na comunidade médica (Cologna, 2011).

A cistostomia é um procedimento cirúrgico no qual é inserido um cateter no interior da bexiga através da parede abdominal, com a finalidade de desenvolver um trajeto alternativo para a eliminação da urina (Diabaté *et al.*, 2015; FCECON, 2023; Ogliari; Santos, 2021), podendo ser utilizada de forma temporária ou permanente (Diabaté *et al.*, 2015). Trata-se de um procedimento urológico comum e muito utilizado na rotina dessa especialidade, apresentando duas grandes variações (cistostomia aberta e cistostomia suprapúbica percutânea) (FCECON, 2023; Torres; Ricardez, 2008), baixa morbidade e diversas indicações clínicas, podendo ser realizado por diferentes técnicas. Os principais benefícios dessa abordagem correspondem ao menor índice de lesões uretrais, à menor frequência de bacteriúria e sepse urinária secundária a infecções ascendentes, além de evitar a necrose peniana relacionada à pressão, reduzir a interferência na atividade sexual, assegurar uma derivação urinária eficaz e apresentar ampla aceitação por parte dos pacientes. O avanço e a ampliação das técnicas de cateterização suprapúbica refletem, portanto, a importância do desenvolvimento de métodos cada vez mais seguros, com menores

taxas de complicações (Torres; Ricardez, 2008).

A cistostomia aberta insere o cateter no lúmen vesical a partir de uma visão direta, com necessidade de maior exposição da parede anterior da bexiga (Cologna, 2011). No âmbito de outras estomias urinárias, a vesicostomia ou cistostomia suprapúbica consiste em uma abertura cirúrgica realizada acima da sínfise púbica até a bexiga, a fim de permitir a inserção e a manutenção do cateter por meio de balão e/ou suturas (Secretaria Municipal de Saúde de Londrina, 2021). O cateterismo vesical por essa via tem como objetivo promover a drenagem da urina da bexiga em indivíduos com obstrução do fluxo urinário normal. A técnica deve ser feita de forma estéril, respeitando-se a privacidade do paciente. Periodicamente, deve ser feita a troca da sonda, de acordo com orientação médica e características do sistema utilizado, havendo variados calibres disponíveis para crianças e adultos. Além disso, o estoma deve ser constantemente avaliado e higienizado, com atenção às medidas preventivas de complicações, incluindo hidratação adequada, cuidados locais e prevenção de dermatites (Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, 2022).

A cistostomia suprapúbica percutânea é realizada para o tratamento da retenção urinária aguda, independentemente da etiologia, sobretudo nos casos em que o cateterismo uretral padrão da bexiga é impossível ou contraindicado (Papanicolaou; Pfister; Nocks, 1989). Além das indicações já citadas, essa variação do procedimento é particularmente recomendada em determinadas ressecções endoscópicas e na prevenção da distensão da bexiga, o que pode prejudicar suturas após manejos cirúrgicos do trato urinário inferior, caracterizando um proce-

dimento bastante frequente nos serviços de emergência (Diabaté *et al.*, 2015).

A derivação vesical suprapúbica pode ser definida como um procedimento cirúrgico no qual se cria um trajeto alternativo para a saída da urina contida na bexiga.

Dependendo do uso ou não de cateteres, essa derivação pode ser classificada em entubada, denominada cistostomia, e não entubada, denominada vesicostomia (Cologna, 2011). A cistostomia consiste, portanto, na colocação de um cateter no interior da bexiga, podendo ser realizada por duas técnicas principais: a céu aberto, na qual o cateter é introduzido sob visão direta após a exposição da parede anterior da bexiga, e por punção suprapúbica, utilizando-se o trocar, método considerado mais simples e rápido quando comparado à abordagem aberta, além de poder ser realizado com anestesia local, inclusive no leito do paciente (Cologna, 2011; FCECON, 2023).

Dessa maneira, a cistostomia configura uma técnica amplamente empregada ao longo da história da prática cirúrgica e urológica, apresentando avanços técnicos progressivos e aplicação consolidada de acordo com o contexto clínico. Seu uso é fundamentado em indicações bem estabelecidas, técnicas diversas e cuidados específicos, demonstrando a importância do domínio sistematizado de seus fundamentos, modalidades de execução e manejo adequado. Nesse sentido, o presente trabalho se propõe a abordar a cistostomia cirúrgica a partir de uma perspectiva teórica e prática, contribuindo para a compreensão do procedimento e para a qualificação assistencial prestada aos pacientes.

JUSTIFICATIVA

A cistostomia é uma técnica urológica bastante utilizada na prática clínica, principalmente quando há impossibilidade ou contraindicação ao cateterismo uretral, como nos casos de retenção urinária aguda, lesões uretrais, bexiga neurogênica e certas situações traumáticas ou infecciosas. Apesar de ser um procedimento relativamente simples e associado a baixa morbidade, sua realização e cuidado adequado exigem domínio do conhecimento teórico-técnico, principalmente ao que diz respeito a suas indicações, derivações e execução de seus procedimentos, além da necessidade do profissional se atentar aos princípios de assepsia e às possíveis complicações dessas técnicas.

A cistostomia, tanto em ambiente hospitalar quanto no cuidado domiciliar, impõe a necessidade de planejamento assistencial e uniformização de condutas, abrangendo desde a execução do procedimento em si até o cuidado continuado do estoma, da sonda e do sistema de drenagem urinária. A ausência de protocolos bem compreendidos ou a condução inadequada das técnicas pode contribuir para o desenvolvimento de infecções, complicações locais e desconforto, além de afetar negativamente a qualidade de vida do paciente.

Dessa forma, o presente trabalho se justifica pela importância de sistematizar e organizar as informações sobre as indicações, técnicas e cuidados relacionados à cistostomia, a fim de aprimorar a prática assistencial e a segurança do paciente. Ao integrar conhecimentos teóricos e orientações práticas, esta pesquisa visa servir como ferramenta de apoio aos profissionais e acadêmicos de saúde quanto ao cuidado de pacientes submetidos à cistostomia, viabilizando uma

assistência mais segura, eficaz e baseada em evidências.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Identificar as indicações de cistostomia cirúrgica e demonstrar os principais aspectos técnicos das práticas aberta e percutânea suprapúbica.

Objetivos Específicos

- a) Demonstrar as indicações de cistostomia cirúrgica;
- b) Apresentar as contraindicações de cistostomia aberta e cistostomia percutânea;
- c) Abordar os principais passos e pontos técnicos da cistostomia cirúrgica aberta;
- d) Descrever os passos gerais da cistostomia percutânea e os pontos gerais de seus métodos.

METODOLOGIA

Este trabalho foi elaborado a partir de uma análise bibliográfica de artigos e outros documentos científicos acessados por meio de mídia eletrônica, nas bases de dados Google Acadêmico, *PubMed* e *SciELO*. Para a busca dos estudos, foram utilizados descritores os seguintes descritores: “cistostomia”; “cistostomia suprapúbica”; “técnica aberta”; “técnica percutânea”; “indicações”; “contraindicações” e “aspectos técnicos”.

Foram utilizados os textos aos quais se teve acesso à íntegra e que apresentavam relação direta com a temática da cistosto-

mia, abrangendo seus conceitos, indicações, contraindicações e descrições técnicas das abordagens cirúrgicas tanto aberta quanto percutânea suprapúbica. As bibliografias incluídas foram redigidas nos idiomas português, inglês, espanhol e francês. As pesquisas que não se relacionavam diretamente com o tema proposto ou que não apresentavam relevância para a este estudo foram excluídas, assim como aquelas direcionadas exclusivamente a populações específicas, como crianças ou gestantes.

Durante o levantamento bibliográfico, foi identificado um número expressivo de artigos e estudos voltados para a aplicação da cistostomia em modelos animais, verificando-se uma escassez de pesquisas direcionadas especificamente à descrição técnica detalhada do procedimento em humanos, sobretudo no que se refere à sistematização passo a passo das diferentes abordagens cirúrgicas.

É importante ressaltar, ainda, que além de apresentar limitações quanto à padronização das técnicas, a literatura disponível também carece de pesquisas comparativas entre as abordagens de cistostomia aberta e percutânea suprapúbica. Essa falta de evidências específicas reflete a necessidade de revisões bibliográficas que organizem e sintetizem o conhecimento existente, favorecendo a compreensão técnica e clínica dos procedimentos e o aprimoramento da prática assistencial baseada em evidências.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Indicações e contraindicações da cistostomia cirúrgica

As recomendações clínicas para a realização da cistostomia cirúrgica são amplas e abrangem diferentes cenários urológicos.

Entre as principais, destaca-se a retenção urinária aguda associada à hiperplasia prostática não franqueável ao cateterismo uretral ou decorrente de outras etiologias. A bexiga neurogênica também constitui uma indicação, principalmente em pacientes que apresentam falha na realização do cateterismo limpo intermitente devido a limitações da função manual, assim como casos de incontinência urinária persistente e refluxo vesicoureteral (Torres; Ricardez, 2008).

Nesses pacientes, a cistostomia pode ser realizada ainda diante da falha da manobra de Credé, devendo ser mantidos objetivos como a preservação da continência, a manutenção de baixas pressões intravesicais, para prevenir lesão renal, e reduzir o risco de infecções urinárias. Além disso, a técnica pode ser utilizada nos casos de lesão uretral temporária, sendo removido após correção reconstrutiva, ou de forma definitiva em pacientes com lesões uretrais irreversíveis (Torres; Ricardez, 2008).

Outras indicações descritas na literatura compreendem o uso da cistostomia como alternativa de derivação urinária em pacientes com lesões neurológicas centrais graves e incapacitantes, como esclerose múltipla, atraso mental e sequelas de trauma cranioencefálico grave com lesão axonal difusa. Também é indicada em situações de cateterização uretral prolongada, bem como por solicitação do próprio paciente ou de seus familiares. O procedimento também pode ser realizado nos casos de traumas vesicais ou uretrais, demandando derivação urinária temporária ou permanente (Torres; Ricardez, 2008).

A cistostomia pode servir como mecanismo adjuvante em infecções graves, como a prostatite aguda, patologia que é capaz de causar um importante comprometimento

da qualidade de vida e que costuma exigir antibioticoterapia prolongada. Nessas circunstâncias, a cistostomia favorece a redução do risco de bacteremia decorrente da manipulação uretral. Da forma semelhante, em quadros de gangrena de Fournier — grave infecção dos tecidos moles das regiões perineal e perianal —, o procedimento pode ser associado ao tratamento antimicrobiano, integrando o manejo operatório (EAUN, 2024; Torres; Ricardez, 2008).

Outros autores reforçam as indicações da cistostomia como a obstrução do colo vesical, a estenose uretral, os traumas vesicais ou uretrais e pós uretroplastias e cistoplastias (Cologna, 2011; FCECON, 2023; Ogliari; Santos, 2021). No entanto, Cologna (2011) ressalta que o uso da cistostomia como meio de derivação vesical de longa permanência em pacientes com bexiga neurogênica vem sendo substituído de forma progressiva por terapias medicamentosas e pelo autocateterismo.

De forma mais específica, a cistostomia suprapúbica percutânea tem sido bastante recomendada no manejo da retenção urinária aguda, independentemente de sua etiologia (EAUN, 2024; Papanicolaou; Pfister; Nocks, 1989), sobretudo quando não é possível realizar o cateterismo uretral convencional ou quando ele é contraindicado (Diabaté *et al.*, 2015; EAUN, 2024; Papanicolaou; Pfister; Nocks, 1989). Outras indicações específicas da abordagem percutânea são determinados casos de ressecções endoscópicas e quando há necessidade de prevenir distensão vesical que possa comprometer suturas após o manejo do trato urinário inferior, sendo uma técnica muito utilizada nos serviços de emergência (Diabaté *et al.*, 2015).

Quanto às contraindicações, a cistostomia aberta não pode ser realizada nos pacientes que possuem diagnóstico confirmado ou suspeita de alguma neoplasia vesical, devido ao risco de influenciar a disseminação tumoral ou formação de fístulas vesicocutâneas. Também não é indicada em pacientes que apresentam importante redução da capacidade vesical (Cologna, 2011; FCECON, 2023; Ogliari; Santos, 2021). A cistostomia por punção suprapúbica, por sua vez, além de apresentar essas mesmas contraindicações, também não é recomendada àqueles que foram submetidos à radioterapia ou a cirurgias pélvicas prévias, por apresentarem maior risco de aderência do peritônio parietal ou de alças intestinais à sínfise púbica (Cologna, 2011; Ogliari; Santos, 2021; FCECON, 2023).

As diretrizes recentes da *European Association of Urology Nurses* (EAUN - do inglês, Associação Europeia de Enfermeiros de Urologia) acrescentam às contraindicações absolutas da cistostomia suprapúbica a ausência de bexiga distendida facilmente palpável ou identificável por ultrassonografia e a presença de hematúria macroscópica. Quanto às contraindicações relativas, incluem-se cirurgias abdominais inferiores prévias, presença de dispositivos protéticos no abdome inferior, coagulopatias não corrigidas ou uso de anticoagulantes, abdome ascítico e gestação (EAUN, 2024).

Aspectos técnicos da cistostomia cirúrgica aberta

A cistostomia cirúrgica aberta corresponde à abordagem mais antiga de derivação vesical e é considerada por muitos profissionais como a técnica mais segura, especialmente por viabilizar a exposição direta da bexiga, diminuindo as chances

de se lesionar vísceras inadvertidas (Torres; Ricardez, 2008). Esse é um procedimento realizado sob visão direta, no qual o cateter é introduzido na cavidade vesical após a devida exposição da parede anterior da bexiga (Cologna, 2011).

O procedimento é iniciado com a escolha da anestesia, que deve ser definida a partir das condições clínicas do paciente, podendo ser utilizada a raquianestesia, o bloqueio peridural, a anestesia geral ou, em determinadas situações, anestesia local (Cologna, 2011; Ogliari; Santos, 2021). Após a anestesia e o preparo do material, é feita uma ampla antisepsia da região suprapúbica para, então, serem colocados os campos cirúrgicos de maneira asséptica (Ogliari; Santos, 2021).

A incisão da pele pode ser mediana vertical suprapúbica, com cerca de 4 cm de extensão, ou por incisão de Pfannenstiel, dependendo da preferência do cirurgião e das condições locais (Cologna, 2011; Ogliari; Santos, 2021). Em seguida, é realizada a abertura da aponeurose do músculo reto anterior, deslocando-se lateralmente o tecido muscular, podendo ser necessário afastar os músculos piramidais (Cologna, 2011).

Após a incisão da aponeurose, procede-se à abertura da fáscia perivesical seguida da definição da parede anterior da bexiga, que é identificada a partir de sua coloração róseo-pálida e a presença de vasos dispostos longitudinalmente. Nas situações em que há dúvida quanto à identificação do órgão, pode ser feita uma punção aspirativa por agulha fina do conteúdo vesical como ferramenta confirmatória (Cologna, 2011). Em seguida, é realizado o descolamento cuidadoso da gordura perivesical e do peritônio no sentido cranial, por meio da manobra de Guyon, comumente auxi-

liada com uma gaze dobrada montada em pinça. Essa etapa é de mais fácil realização quando a bexiga se encontra repleta, ou seja, distendida, o que favorece melhor exposição da parede vesical anterior (Cologna, 2011; Ogliari; Santos, 2021).

Assim que a bexiga é exposta, são introduzidos dois fios simétricos de *catgut* cromado 2.0 à esquerda e à direita da linha mediana, em nível superior da parede vesical anterior. Esses fios têm objetivo de tração suavemente a bexiga, possibilitando a realização mais segura da incisão vesical (Cologna, 2011; Ogliari; Santos, 2021). Em seguida, a abertura da bexiga é então feita por meio de uma incisão medindo aproximadamente 1 cm, ou com diâmetro suficiente para a passagem do cateter (Cologna, 2011).

Uma vez aberta a bexiga, as bordas da incisão são tracionadas com a ajuda de pinças, geralmente do tipo Allis, e o cateter vesical, do tipo e calibre desejados, é interiorizado na bexiga (Cologna, 2011; Ogliari; Santos, 2021). Em seguida, procede-se à realização da sutura em bolsa ao redor do cateter também com o fio *catgut* 2.0 cromado, a fim de prevenir o extravasamento de urina em torno do dispositivo (Cologna, 2011).

Nos casos em que há indicação de cistostomia para permanência prolongada, pode ser realizada, em seguida, uma fixação da parede anterior da bexiga à parede anterior do abdômen, com a utilização de fios de tração previamente posicionados, os quais podem ser passados através da bainha do músculo reto anterior. Esse passo pretende facilitar futuras trocas do cateter, mas pode ser omitida em certas situações clínicas (Cologna, 2011; Ogliari; Santos, 2021).

Depois de realizar uma revisão cuidadosa da hemostasia, o cirurgião deve exte-

rriorizar o cateter, preferencialmente por um caminho o mais retilíneo possível entre a bexiga e a pele, seja pela própria incisão, seja por contra-abertura, outra etapa que possui o intuito de facilitar manobras posteriores de troca e manutenção. Então, o cateter é fixado à pele (Cologna, 2011). Por fim, a aponeurose do músculo reto anterior é então fechada com pontos separados de fio absorvível, seguido do fechamento da pele com fio inabsorvível monofilamentar e realização do curativo final (Cologna, 2011; Ogliari; Santos, 2021).

Aspectos técnicos da cistostomia percutânea suprapúbica

A cistostomia percutânea suprapúbica corresponde à técnica de inserção de um cateter no lúmen vesical por meio de uma punção suprapúbica, sendo reconhecida como uma prática rápida, segura e relativamente simples, sobretudo quando comparada à cistostomia aberta (Cologna, 2011; Papanicolaou; Pfister; Nocks, 1989). A introdução do cateter suprapúbico com trocarte de pequeno diâmetro pode ser feita apenas com anestesia local, tornando-a bastante útil em cenários de urgência e em pacientes com alto risco anestésico (Papanicolaou; Pfister; Nocks, 1989).

De acordo com Papanicolaou, Pfister e Nocks (1989), o método percutâneo utilizando cateteres de pequeno calibre, geralmente de 8 a 12 French, é eficiente para tratar uma retenção urinária de qualquer etiologia a curto prazo e para realizar uma derivação urinária temporária em pacientes de diversas idades. Contudo, os autores destacam que essa não é uma prática ideal para drenagem vesical prolongada, devido ao pequeno lúmen do cateter, o que acaba prejudicando as adequadas irrigação e drenagem

vesical, além de necessitar de suturas para fixação do tubo. O manejo a longo prazo costuma utilizar cateteres de maior calibre, cuja colocação cirúrgica, ainda que tecnicamente simples, apresenta riscos e custos mais elevados relacionados à anestesia, à cirurgia aberta e à hospitalização.

A cateterização suprapúbica é amplamente conhecida como uma técnica satisfatória e adequada para drenagem de urina nas condições em que o cateterismo uretral é indicado ou contraindicado, bem como nos casos em que se faz importante a avaliação funcional da micção. Muitos dispositivos podem ser utilizados para a realização desse procedimento, a partir dos princípios de trocar e cânula, ou seja, pela passagem do cateter sobre um trocar ou através de uma cânula, podendo ser realizado sob efeito de anestesia local ou geral (Parikh; Chapple; Hampson, 1992).

No que diz respeito ao âmbito técnico, a prática percutânea pode ser feita às cegas ou com o auxílio de métodos de imagem. A partir do que foi descrito por Torres e Ricardez (2008), a abordagem percutânea foi amplamente aceita entre os urologistas, principalmente quando a técnica é guiada por fluoroscopia ou ultrassonografia. O método fluoroscópico tende a ser realizado segundo a técnica de Seldinger, com punção inicial a partir de uma agulha de 21 Gauge, seguida de dilatação progressiva do trajeto e colocação de cateteres que variam de 10 a 24 French. A abordagem guiada por ultrassonografia, por sua vez, permite a ágil confirmação da retenção de urina, com visualização em tempo real, sendo considerada mais segura do que a técnica cega, já que diminui significativamente a morbidade e o risco de lesões indesejáveis. Além disso, o auxílio da endoscopia nas abordagens percutâneas fa-

vorece uma inserção mais segura do cateter de cistostomia, reduzindo, também, o risco de lesão de vísceras adjacentes (Torres; Ricardez, 2008).

O passo a passo técnico da cistostomia por punção suprapúbica, é descrito por Cologne (2011), iniciando o procedimento com devida e rigorosa assepsia do local e colocação de campo cirúrgico fenestrado. Em seguida, procede-se à realização de anestesia local com a infiltração de xilocaína a 2% sem vasoconstritor, plano a plano, desde a pele até a parede vesical. Com a região anestesiada, é feita uma pequena incisão cutânea, na linha mediana, cerca de 4 cm acima da sínfise púbica, medindo de 0,5 a 1,0 cm. O trocar é então inserido até chegar ao interior vesical, fase facilitada quando a bexiga se encontra cheia. Após a confirmação da posição intravesical, a porção central do trocar é retirada, de forma a manter a bainha na luz da bexiga, por onde o cateter é inserido. Em seguida, remove-se a bainha do trocar, mantendo o cateter posicionado de forma adequada, o qual é então fixado à pele com fio monofilamentar, finalizando-se o procedimento com curativo local (Cologne, 2011).

Diabaté *et al.* (2015) descrevem uma variação da abordagem em que o paciente com retenção vesical é posicionado em decúbito dorsal, realizando-se desinfecção da região hipogástrica e anestesia local por infiltração com lidocaína na pele e nos planos subcutâneos, cerca de 2 cm acima da sínfise púbica e na linha mediana. Após vertical da pele e da aponeurose, de aproximadamente 1 cm de extensão, uma pinça de Kelly é inserida para verificar a efetividade da incisão e a ausência de resistência. É feita então uma punção vesical de teste com seringa, procedida da introdução da sonda de Foley arma-

da com a pinça de Kelly até o contato com a parede anterior da bexiga. A punção é feita de forma perpendicular à parede abdominal, a fim de identificar imediatamente o fluxo urinário. A pinça é mantida na bexiga até que o balonete da sonda seja insuflado, sendo retirada posteriormente. Para confirmar o adequado posicionamento intravesical do balonete é realizado um teste de mobilidade da sonda, seguido de curativo ao redor do tubo (Diabaté et al., 2015).

De forma semelhante, Ogliari e Santos (2021) descrevem que o procedimento inclui a higienização das mãos, preparo do material, explicação ao paciente, antisepsia ampla da região a ser puncionada e anestesia local por infiltração. A incisão na linha mediana descrita por esses autores é, no entanto, realizada cerca de 4 cm acima da sínfise púbica, com dimensão suficiente para introduzir o trocarte, sendo que os demais passos são descritos da mesma forma.

Por fim, os pesquisadores ainda destacam que, em ambas as técnicas — aberta e percutânea —, podem ocorrer complicações, como infecção da ferida operatória, extravasamento de urina no tecido perivesical ou subcutâneo, obstrução ou deslocamento do cateter e infecção urinária. De modo específico, na punção suprapúbica, pode haver perfuração do peritônio, de alças intestinais, da parede posterior da bexiga ou do reto, principalmente quando é realizada uma força excessiva durante o procedimento (Ogliari; Santos, 2021).

CONCLUSÃO

A cistostomia é caracterizada como uma prática essencial no cotidiano urológico e cirúrgico, desempenhando papel fundamental na drenagem urinária quando os

pacientes apresentam condições nas quais o esvaziamento vesical por via uretral é inviável, contraindicado ou com riscos adicionais. Evidencia-se que a cistostomia é capaz de estabelecer uma comunicação direta entre a bexiga urinária e a parede abdominal, podendo ser utilizada tanto em cenários de urgência quanto em contextos de pós-operatório imediato como estratégia complementar ou em condições clínicas específicas que exigem uma derivação urinária temporária ou permanente.

As indicações da cistostomia são amplas e bem estabelecidas, incluindo desde retenção urinária aguda e crônica, obstruções do colo vesical e estenoses uretrais intransponíveis, até condições mais complexas, como traumas vesicais e uretrais, bexiga neurogênica, processos infecciosos graves e condições neurológicas incapacitantes. De forma semelhante, as contraindicações devem ser rigorosamente respeitadas, principalmente na presença ou suspeita de neoplasias vesicais, diminuição acentuada da capacidade vesical e em determinadas situações que envolvem radioterapia prévia ou cirurgias pélvicas anteriores, sobretudo quando se considera a abordagem percutânea suprapúbica.

No que diz respeito aos aspectos técnicos, a cistostomia cirúrgica aberta ainda corresponde a um método clássico e amplamente reconhecido, devido à segurança proporcionada pela exposição direta da bexiga, diminuindo o risco de lesionar vísceras adjacentes de forma inadvertida. O detalhamento do passo a passo evidencia tratar-se de uma prática sistematizada, envolvendo adequada anestesia, dissecação cuidadosa dos planos anatômicos, identificação precisa da parede vesical, colocação do cateter sob visão direta e fechamento criterioso das estruturas, sendo amplamente recomendada em casos

que visam maior controle anatômico do procedimento.

A cistostomia percutânea suprapúbica, por sua vez, destaca-se pela simplicidade, agilidade de execução e possibilidade do uso de anestesia local, sendo comumente utilizada em cenários de emergência e em pacientes com alto risco anestésico. As variações práticas descritas, incluindo a técnica cega, guiada por ultrassonografia, fluoroscopia ou com auxílio de endoscópio, refletem a evolução do método e a busca por maior segurança e menor morbidade, principalmente ao evitar lesões de estruturas adjacentes. Apesar de seus benefícios, a abordagem percutânea possui limitações quanto ao uso prolongado, ainda mais quando se utilizam de cateteres de pequeno calibre.

Sendo assim, a seleção entre a cistostomia aberta e a percutânea suprapúbica deve ser individualizada, considerando as condições clínicas do paciente, a indicação específica, a necessidade de derivação urinária por tempo determinado, a habilidade prática da equipe e a disponibilidade de recursos. Portanto, o domínio teórico-técnico das diferentes abordagens de cistostomia é crucial para uma prática segura e eficaz, favorecendo a minimização das taxas de complicações, a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e a adequada condução do cuidado em situações que exigem derivação urinária.

REFERÊNCIAS

- Cologna, A. J. **Cistostomia**. *Revista Medicina: Revista Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas da FMRP*. [S.l.], v. 44, n. 1, p. 57-62. 2011. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rmrp/article/view/47336?utm>. Acesso em: 15 dez 2025.
- Diabaté, I. *et al.* **Percutaneous cystostomy with Kelly clamp: indications, technique and results**. *Pan African Medical Journal*. [S.l.], v. 22, 164. 2015. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4747443/>. Acesso em 16 dez 2025.
- European Association of Urology Nurses (EAUN); **Indwelling catheterisation in adults – Urethral and Suprapubic**. *Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care*. Versão final 10, 2024. Disponível em: https://d56bochluxqz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAUN_Guideline-indwelling-catheterisation_2024-v10-final.pdf. Acesso em: 20 dez 2025.
- Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas (FCECON). **Procedimento Operacional Padrão – POP: Técnica de Curativo (Cistostomia, Jejunostomia e Gastrostomia)**. Manaus, 2023. Disponível em: <https://www.fcecon.am.gov.br/wp-content/uploads/2024/02/POP-109-C-CIH-109-TECNICA-DE-CURATIVO-Cistostomia-jejunostomia-e-gastrostomia-2.pdf>. Acesso em 19 dez 2025.
- Ogliari, A. L. C.; Santos, R. C. **Sondagens**. *Vitalle - Revista de Ciências da Saúde*. [S.l.], v. 33, n. 1, p. 9-28. 2021.
- Okorie, C. O. **Simplified percutaneous large bore suprapubic cystostomy for acute urinary retention – A cost saving procedure**. *African Journal of Urology*. [Internet]: Elsevier, v. 20, p. 132-135. 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1110570414000708?ref=pdf>. Acesso em: 16 dez 2025.
- Papanicolaou, N.; Pfister, R. C.; Nocks, B. N. **Percutaneous, Large-Bore, Suprapubic Cystostomy: Technique and Results**. *AJR*, [S.l.], v. 152, n; 2, p. 303-306, 1989. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2783505/>. Acesso em 17 dez 2025.

Parikh, A.; Chapple, C. R.; Hampson, S. J. **Suprapubic Catheterisation and Bowel Injury.** *British Journal of Urology, [S.l.]*, v. 70, i. 2, p. 212-213. 1992. Disponível em: <https://bjui-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1464-410X.1992.tb15714.x>. Acesso em: 18 dez 2025.

Secretaria Municipal de Saúde de Londrina. **Procedimento operacional padrão – troca de sonda cistostomia.** Protocolo Clínico. Londrina, 2021. Disponível em: https://saude.londrina.pr.gov.br/images/protocolos-clinicos-saude/19-TROCA_DE_SONDA_CISTOSTOMIA.pdf. Acesso em: 19 dez 2025.

Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. **Cateterismo vesical de demora por cistostomia.** *Manual de procedimentos operacionais - POPs.* Versão 10 atualizada, p. 136-139. 2022. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude472202202.pdf>. Acesso em: 19 dez 2025.

Teixeira, A.; Teixeira T. M. C. **Temas de técnica cirúrgica.** *Anais da Faculdade de Medicina de Porto Alegre. [S. l.]*, v. 33, p. 71-76. 1973.

Torres, S. J. J.; Ricardez, E. A. A. **Suprapubic cystostomy: indications, contraindications and considerations for its implementation.** *Revista Mexicana de Urología. [S.l.]*, v. 68, n. 3, p.170-173, 2008. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2008/ur083f.pdf>. Acesso em: 20 dez 2025.