

# Trauma dos Órgãos Genitais Externos

LUIZ GONZAGA FREITAS FILHO

## INTRODUÇÃO

Dois mecanismos principais são responsáveis pelas lesões do períneo, ânus e órgãos genitais externos: **os acidentes** e os casos de **abuso sexual**. Os traumas causados por acidentes, em geral, ocorrem quando a criança cai sobre objetos cortantes, contundentes ou penetrantes, correndo atrás de pipas, pulando portões, muros ou grades, enfim, fazendo “coisas de criança”. Nesses casos, as lesões ocorrem principalmente nos órgãos genitais externos – uretra, corpo do períneo e ânus –, sendo o reto raramente envolvido. Quando as lesões são causadas por abuso sexual, geralmente ocorrem penetrações violentas na vagina e/ou no reto, ou existe inserção não consentida de objetos nos orifícios naturais.

## DIAGNÓSTICO

Para que o diagnóstico e a extensão do trauma sejam avaliados de maneira adequada, é necessário um exame físico sob anestesia geral. Devem-se realizar também retossigmoidoscopia e uretrografia retró-

grada. Como a reparação das lesões requer a reconstituição anatômica dos órgãos acometidos, e como o tempo de lesão é importante para que a cicatrização seja adequada e se tenha um menor risco de infecções, deve-se sempre pensar em realizar derivações urinárias temporárias, como cistostomias, uretrotomias e colostomias. Algumas vezes, quando existe um trauma uretral importante, já se prevendo que dilatações uretrais poderão ser necessárias em médio e longo prazo, deve-se realizar uma apendicovesicostomia continente (intervenção de Mitrofanoff). Em caso de lesões associadas, uma tomografia computadorizada pode ser necessária para que se tenha uma ideia adequada de todos os órgãos envolvidos.

## TRATAMENTO

Um acidente desse tipo deve ser sempre tratado como uma emergência médica, pois alguns casos de morte são relatados em crianças que sofreram intercurso anal ou empalamento de objetos proporcionalmente grandes para as dimensões reduzidas de seu corpo.

No período neonatal, podem ocorrer acidentes com lesões retais e vaginais em razão de traumas durante o parto. Também não são incomuns acidentes causados pela inserção no reto de termômetros, dilatadores de Hegar ou sondas de enema.

As lesões uretrais são muito comuns nos meninos e, quando ocorrem nas meninas, também envolvem uma laceração do conduto vaginal. Elas geralmente estão associadas com traumas de bacia, em que fragmentos ósseos são, muitas vezes, encontrados na luz uretral. No menino, a uretra é dividida em quatro áreas: uretra prostática, membranosa, bulbar e peniana.

Para efeito de tratamento, devem-se dividir as lesões uretrais em **posteriores** (envolvendo as uretras prostática e ou membranosa), quando a lesão ocorre acima do diafragma urogenital, e **anteriores** (envolvendo as uretras bulbar e/ou peniana), quando a lesão ocorre abaixo do diafragma urogenital. Ao contrário do que ocorre com adultos, nas crianças, o ligamento puboprostático e a bexiga não devem ser considerados estruturas estáveis, e, em geral, as lesões uretrais ocorrem abaixo da próstata, na uretra membranosa, embora não sejam raras as lesões transprostáticas ou mesmo envolvendo o cólon vesical.

O trauma da uretra posterior é uma lesão em geral muito grave, resultante da ação de uma força externa muito violenta. Quase sempre ocorre em acidentes automobilísticos, em que o trauma penetrante dilacera e arranca a próstata e o ligamento puboprostático do assoalho pélvico, enquanto a uretra membranosa, que é ligada ao diafragma pélvico, é tracionada na direção contrária. Nesses casos, as crianças, em geral, não conseguem urinar e, quando o fazem, apresentam uma hematúria importante. Após laceração da uretra posterior, a bexiga e a próstata ascendem, enchendo de urina e sangue a região perineal, que apresenta

um edema importante. Devem-se realizar uma radiografia simples de abdome à procura da fratura da bacia, que sempre existe, e uma uretrografia retrógrada, que deverá ser realizada com a criança sob anestesia geral. Deve-se introduzir uma sonda uretral n. 6 ou 8, que poderá ser contida no corpo do pênis utilizando-se um cadarço, que amarrará diretamente o corpo do pênis abaixo do sulco balanoprepucial. Em seguida, introduz-se um meio de contraste diluído ao meio com soro fisiológico por meio da sonda, e se obtêm chapas radiográficas com a criança em posição oblíqua. Em quase 70% dos casos, a ruptura é prostatomembranosa; em cerca de 17%, ela é supraprostática, e em 17%, transprostática. Nas rupturas altas, os índices de impotência e incontinência urinária são muito elevados (Figuras 1 e 2).

Nos pacientes com ruptura completa da uretra posterior, deve-se realizar a pronta drenagem das vias urinárias, procurando não realizar o tratamento da ruptura no momento do acidente, quando os fragmentos ósseos, o edema e os hematomas praticamente impedem uma abordagem adequada. O melhor tratamento, no momento do acidente, é a realização de uma cistostomia suprapúbica, com uma sonda de Pezzer de bom calibre. O tratamento definitivo da lesão deverá ser realizado cerca de 6 meses após o trauma. Em alguns casos em que existem lesões vasculares concomitantes ou grandes deslocamentos prostatouretrais, pode ser necessária a abordagem da lesão no momento do acidente. Embora alguns traumas uretrais de adulto possam ser abordados utilizando-se cistoscópios flexíveis e fios-guias hidrofílicos, na tentativa de realinha-



**FIGURA 1** Injeção de contraste por vias anterógrada e retrógrada mostrando o extravasamento na uretra posterior.



**FIGURA 2** Fluxo urinário inadequado após reconstrução uretral em criança vítima de trauma da uretra posterior.

mento dos cotos uretrais, os instrumentos endoscópicos infantis não permitem, ainda, que a técnica seja realizada sem colocar em risco a integridade final da uretra.

Os traumas da uretra anterior são muito mais comuns, em geral, resultantes de choque direto, em que a uretra bulbar é traumatizada pelo encontro com o arco pélvico. Podem ocorrer lesões da uretra anterior também como resultado de lesões penetrantes causadas por armas de fogo, facas ou por instrumentação cirúrgica da uretra (iatrogenia). A fásia peniana profunda (fásia de Buck) envolve os corpos cavernosos do pênis e os corpos esponjosos da uretra, e sua ruptura leva à formação de hematomas e urinomas, que, em geral, acometem toda a região perineal. Uma uretrografia retrógrada também deve ser sistematicamente realizada, para se estabelecer com precisão o local do trauma. Nesses casos, deve-se realizar o tratamento da lesão no momento do trauma, fazendo uma incisão circular na mucosa prepucial e expondo completamente os corpos cavernosos e o corpo esponjoso da uretra, desbridando os tecidos atingidos pela lesão, drenando os hematomas e realizando a sutura dos cotos uretrais com pontos isolados de polidioxanona 6.0, de preferência utilizando-se lupas (magnificação óptica) para confecção das suturas. Uma sonda uretral siliconada deve ser mantida cerca de 1 ou 2 semanas em drenagem espontânea, e uma nova uretrografia retrógrada deve ser realizada antes da retirada definitiva da sonda.

A ruptura dos testículos pode ser observada tanto nos traumas diretos quanto nos traumas penetrantes. O exame físico, em geral, revela um grande edema, hematoma e dor, tornando impossível a diferenciação entre o testículo e o epidídimo às manobras de palpação. Deve-se realizar um exame ultrassonográfico para avaliar a extensão das lesões; o tratamento cirúrgico deve ser realizado no momento do trauma. Os pacientes com grandes hematoceles apresentarão uma recuperação completa da vitalidade testicular, desde que os hematomas sejam tratados prontamente. A torção do cordão espermático deve ser considerada diagnóstico diferencial em todos os meninos com dor e edema escrotal. No momento da intervenção, o testículo lesionado deve ser envolvido em gases ou compressas molhadas com soro fisiológico morno. O tecido necrótico resultante da extrusão do tecido seminífero deve ser removido; antibióticos de amplo espectro devem ser utilizados durante 7 a 10 dias, mantendo a criança em repouso.

O trauma dos órgãos genitais externos, como qualquer tipo de trauma na infância, envolve o contato da equipe hospitalar com pais naturalmente ansiosos. É, portanto, muito importante que haja um grupo de cirurgiões experientes na equipe que será responsável pelo primeiro atendimento, não só para tomar a atitude mais adequada como para saber tratar a criança de forma às vezes invasiva, porém, eficiente.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Abou-Jaoude WA, Sugarman JM, Fallat ME, Casale AJ. Indicators of genitourinary tract injury or anomaly in cases of pediatric blunt trauma. *J Pediatr Surg* 1996; 31:86-9; discussion 90.
2. Altarac S. Management of 53 cases of testicular trauma. *Eur Urol* 1994; 25:119-23.
3. Bertini JE, Corriere JN. The etiology and management of genital injuries. *J Trauma* 1988; 28:1278-81.
4. Brower P, Paul J, Brosman SA. Urinary tract abnormalities presenting as a result of blunt abdominal trauma. *J Trauma* 1978; 18:719-22.
5. Carlin BI, Respick MI. Indications and techniques for urologic evaluation of the trauma patient with suspected urologic injury. *Semin Urol* 1995; 13:9-24.
6. Cass AS, Luxenberg M. Value of early operation in blunt testicular contusion with hematocele. *J Urol* 1988; 139:746-7.
7. Duckett JW, Snyder H. Continent urinary diversion. Variations of the Mitrofanoff principle. *J Urol* 1986; 136:58-62.
8. Freitas Filho LG, Carnevale J, Melo Filho AR, Vicente NC, Heinisch AC, Martins JL. Posterior urethral injuries and the Mitrofanoff principle in children. *BJU International* 2003; 91:402-5.
9. Koraitim MM, Marzouk ME, Atta MA, Grabi SS. Risk factors and mechanism of urethral injury in pelvic fractures. *Br J Urol* 1996; 71:876-80.
10. Livne PM, Gozales ET. Genitourinary trauma in children. *Urol Clin North Am* 1985; 12:53-65.
11. Mitrofanoff P. Cystostomie continente trans-appendiculaire dans le traitement des vessies neurologiques. *Chir Pediatr* 1980; 21:297-305.
12. McAleer IM, Kaplan GW, Scherz HC, Packer MG, Lynch FP. Genitourinary trauma in the pediatric patient. *Urology* 1993; 42:563-7; discussion 567-8.
13. Schafermeyer R. Pediatric trauma. *Emerg Med Clin North Am* 1993; 11:187-205.

