



Nefrectomia Parcial

Cirurgia robótica para preservação renal

Tratamento moderno para tumores renais com preservação do rim e da função renal.

MATERIAL INFORMATIVO

Este guia foi elaborado para esclarecer suas principais dúvidas sobre a nefrectomia parcial robótica — cirurgia poupadora de néfrons para o tratamento de tumores renais localizados.

Leia com atenção e fale com a equipe em caso de dúvidas.

Dr. Alexandre Sato

UROLOGIA E CIRURGIA ROBÓTICA

1. O que é a nefrectomia parcial robótica?

A **nefrectomia parcial** é a cirurgia em que retiramos apenas o **tumor renal** e uma pequena margem de tecido saudável ao seu redor, **preservando o restante do rim** e sua função. É também chamada de **cirurgia poupadora de néfrons** (nephron-sparing surgery) — uma evolução em relação à nefrectomia radical (retirada total do rim), indicada sempre que tecnicamente possível.

Quando realizada com auxílio do **robô da Vinci**, a cirurgia ganha ainda mais precisão: pequenas incisões abdominais (5 a 12 mm) permitem a introdução dos braços do robô, equipados com instrumentos delicados e câmera 3D de altíssima definição. O cirurgião opera sentado em um console, com visão ampliada e movimentos com 7 graus de liberdade — fundamentais para a sutura do rim em pouco tempo.

Vantagens da técnica robótica

- **Preservação da função renal** — principal objetivo da técnica.
- **Menor sangramento** e menor necessidade de transfusão.
- **Menos dor** pós-operatória, menores incisões e cicatrizes pequenas.
- **Recuperação mais rápida**, com alta hospitalar em 1 a 3 dias.
- **Maior precisão** na retirada do tumor com margens adequadas.
- **Menor tempo de isquemia** (interrupção temporária do fluxo sanguíneo do rim).

Preservar é o melhor tratamento

Sempre que possível, a nefrectomia parcial é a **cirurgia de escolha** para tumores renais localizados — preserva a função do rim e oferece os mesmos resultados oncológicos da retirada total.

2. Quando a cirurgia é indicada?

- **Tumor renal localizado** de até 7 cm (T1), e em casos selecionados, tumores maiores.
- **Massa renal suspeita** identificada em exames de imagem.
- **Rim único** (anatômico ou funcional) — preservação é fundamental.
- **Doença renal crônica** ou risco de perda funcional (diabetes, hipertensão, idade).
- **Tumores bilaterais** ou síndromes hereditárias (von Hippel-Lindau, esclerose tuberosa).
- Pacientes jovens, em que a preservação da função renal a longo prazo é particularmente importante.

Decisão compartilhada

A escolha entre **nefrectomia parcial, nefrectomia radical, ablação (crio/radiofrequência) ou vigilância ativa** deve ser feita em conjunto, considerando tamanho e localização do tumor, características do rim contralateral, função renal global, idade, comorbidades e preferências do paciente.

3. Pré-operatório

Avaliação

- **Consulta com urologista:** revisão da história, exames de imagem (tomografia ou ressonância com contraste), avaliação da anatomia renal e do tumor.
- **Consulta com anestesista:** avaliação clínica detalhada.
- **Exames pré-operatórios:** hemograma, coagulograma, função renal (creatinina, ureia, taxa de filtração glomerular), glicemia, urina I, urocultura, eletrocardiograma, raio-X de tórax e outros conforme necessidade.
- **Tipagem sanguínea:** pode ser solicitada a reserva de hemoderivados.
- **Cintilografia renal** (em casos selecionados) para avaliar a função separada de cada rim.

Cuidados nos dias que antecedem

- **Suspender anticoagulantes / antiagregantes** (AAS, clopidogrel, varfarina, rivaroxabana, etc.) com orientação médica — geralmente 5 a 10 dias antes.
- **Não fumar** idealmente nas 4 semanas anteriores — o cigarro aumenta o risco de complicações respiratórias e prejudica a cicatrização.
- Evitar bebidas alcoólicas nas 48 h anteriores.
- **Preparo intestinal:** pode ser solicitado (dieta laxante e enema) na véspera, conforme orientação da equipe.
- Comunicar imediatamente o médico em caso de febre, infecção ou gripe.

Jejum

- **8 horas** sem alimentos sólidos.
- **6 horas** sem leite e derivados.
- **2 horas** sem líquidos claros.

O que levar

- Documento, cartão do convênio e exames recentes (incluindo CDs de imagens).
- Lista de medicamentos em uso.
- Roupas largas, calça com elástico.
- Itens de higiene pessoal, chinelo e óculos (se usar).
- Acompanhante adulto para alta hospitalar.

4. O dia da cirurgia

Chegada e preparo

- 1 Internação cerca de 2 horas antes do horário cirúrgico.
- 2 Avaliação final pela equipe, troca de roupa e punção venosa.
- 3 Conferência do jejum e do preparo intestinal, se realizado.
- 4 Encaminhamento ao centro cirúrgico.

Durante a cirurgia

- 1 **Anestesia geral**, com monitorização contínua.
- 2 **Posicionamento**: deitado de lado (decúbito lateral), com a região do rim em destaque.
- 3 **Pequenas incisões** abdominais (4 a 5) para introdução dos trocartes e dos braços do robô.
- 4 **Identificação do rim e do tumor**; pode ser usado **ultrassom intraoperatório** para mapear melhor.
- 5 **Controle vascular**: clampeamento temporário da artéria renal, se necessário, para reduzir o sangramento durante a retirada do tumor.
- 6 **Ressecção do tumor** com margem de segurança.
- 7 **Reconstrução do rim**: sutura precisa do leito tumoral, em uma ou duas camadas, fechando vasos sanguíneos e via urinária.
- 8 **Liberação do clampe**, conferência da hemostasia.
- 9 Colocação de **dreno abdominal** em alguns casos.
- 10 **Sonda vesical** mantida nas primeiras 24 a 48 h.
- 11 Fechamento das pequenas incisões.

Dados rápidos

Duração média: 2 a 4 horas.

Internação: 1 a 3 dias.

Sonda vesical: 24 a 48 horas.

Dreno (quando presente): 1 a 3 dias.

5. Pós-operatório e recuperação

Internação hospitalar

- Acomodação no quarto após observação na sala de recuperação.
- **Levantar e caminhar** precocemente (no mesmo dia ou no dia seguinte) — fundamental para prevenir trombose.
- Dieta líquida progredindo para alimentação habitual em 24 a 48 h.
- Analgésicos endovenosos, com transição para via oral.
- Sonda vesical e, eventualmente, dreno abdominal — retirados conforme orientação.
- Controle de exames laboratoriais (hemograma, função renal).

Em casa

- **Repouso relativo** nas primeiras 2 semanas, com caminhadas leves e progressivas.
- Curativos das incisões trocados conforme orientação; banho de chuveiro liberado após 24 a 48 h.
- **Hidratação adequada** (2 a 2,5 litros de água por dia, salvo contraindicação).
- Dieta rica em **fibras** para evitar constipação.
- **Não fazer força** para evacuar nem pegar peso (mais que 5 kg) nas primeiras 4 semanas.
- **Evitar anti-inflamatórios sem prescrição** — alguns podem afetar a função renal.
- Os pontos das incisões geralmente são **absorvíveis**.
- É **normal** haver leve desconforto abdominal/lombar, manchas arroxeadas nas incisões e cansaço nos primeiros dias.

Retorno às atividades

Atividade	Quando retomar
Caminhar em casa	No 1º dia
Atividades domésticas leves	5 a 7 dias
Trabalho de escritório	10 a 21 dias
Trabalho com esforço físico	30 a 60 dias
Dirigir	10 a 14 dias (sem opioides)
Caminhada leve ao ar livre	7 a 14 dias
Exercícios intensos / musculação	30 a 60 dias

Banho de mar, piscina, banheira	Após cicatrização (≈ 30 dias)
Relações sexuais	21 a 30 dias, com liberação médica

Sinais de alerta

ATENÇÃO

Procure atendimento imediato se apresentar:

- **Febre acima de 38 °C** ou calafrios.
- **Dor lombar ou abdominal intensa** que não melhora ou que piora.
- **Sangramento importante** na urina, com coágulos volumosos.
- **Vermelhidão, secreção purulenta** ou abertura das incisões.
- **Saída de líquido pelo dreno** ou pela ferida (suspeita de fístula urinária).
- Náuseas e vômitos persistentes; distensão abdominal acentuada.
- **Dor, inchaço ou vermelhidão na perna** (suspeita de trombose).
- Falta de ar ou dor torácica (procure pronto-socorro).
- Queda importante do volume urinário.

Função renal pós-operatória

É comum a **creatinina aumentar levemente** no pós-operatório, tendendo a se estabilizar nas semanas seguintes. A perda funcional tipicamente é pequena. Hidratação adequada, controle da pressão arterial, evitar anti-inflamatórios sem orientação e tratamento de comorbidades (diabetes, hipertensão) são essenciais para preservar a função renal a longo prazo.

Acompanhamento oncológico

O resultado do anatomopatológico fica pronto em 7 a 14 dias e define o tipo, grau e estágio do tumor. O seguimento é feito com **exames de imagem (tomografia ou ressonância)** e exames laboratoriais periódicos, conforme protocolos baseados no risco.

6. Perguntas frequentes (FAQ)

P: Por que retirar só uma parte do rim?

R: Sempre que possível, é melhor preservar o rim. A nefrectomia parcial remove o tumor e preserva o tecido saudável, mantendo a função renal e reduzindo o risco futuro de doença renal crônica e doenças cardiovasculares — com os mesmos resultados oncológicos da cirurgia radical em tumores localizados.

P: É o robô que opera?

R: **Não.** O robô é uma extensão do cirurgião — é o cirurgião que controla cada movimento, sentado em um console com visão 3D ampliada. O robô não decide nem age sozinho.

P: Quanto tempo dura a cirurgia?

R: Em média, de **2 a 4 horas**, dependendo do tamanho, localização e características do tumor.

P: Quanto tempo fico internado?

R: Em geral, **1 a 3 dias**. A maioria dos pacientes recebe alta no segundo dia.

P: Por que preciso de sonda vesical e dreno?

R: A sonda vesical (24 a 48 h) ajuda a monitorar o débito urinário e a preservar a sutura. O dreno abdominal, quando colocado, monitora eventual extravasamento de urina ou sangue. Ambos são retirados antes da alta ou poucos dias depois.

P: Vou ter perda de função renal?

R: É possível haver pequena perda da função do rim operado, mas geralmente **compensada** pelo outro rim. A perda total é mínima em comparação com a nefrectomia radical.

P: E se houver câncer no resultado?

R: A maioria dos tumores renais retirados desta forma é maligna (carcinoma de células renais), mas confinada ao rim — com **excelente prognóstico** após a ressecção completa. O seguimento se faz com exames de imagem periódicos.

P: Quando saberei o resultado?

R: O **anatomopatológico** fica pronto em 7 a 14 dias e define tipo, grau e margens. Discutimos o resultado em consulta de retorno.

P: Vou precisar de quimioterapia?

R: Para a maioria dos tumores renais localizados, **não**. Em casos selecionados (alto risco, doença avançada), pode-se discutir terapia adjuvante com imunoterapia.

P: Quando posso voltar a trabalhar?

R: Trabalho de escritório: 10 a 21 dias. Trabalho com esforço físico ou que exija dirigir/viajar muito: 30 a 60 dias.

P: Há risco de complicações?

R: Como toda cirurgia abdominal, existem riscos. Os mais relevantes são: **sangramento** (que pode necessitar transfusão), **fístula urinária** (saída temporária de urina pelo dreno), infecção, lesão de órgãos vizinhos e trombose. Em centros experientes, as complicações graves são **pouco frequentes**.

P: Posso fazer atividade física depois?

R: Sim, e isso é estimulado. Caminhar levemente desde os primeiros dias e retomar exercícios mais intensos após 30 a 60 dias, com liberação médica.

P: Preciso de uma dieta especial?

R: Em geral, manter **boa hidratação, redução de sal, controle do peso** e tratamento adequado de hipertensão e diabetes (quando presentes) são as medidas mais importantes para preservar a função renal.

7. Estamos com você

A cirurgia robótica para preservação renal é um exemplo claro de como tecnologia e técnica podem oferecer o melhor de dois mundos: **tratar o tumor com excelência e preservar o rim**. Nossa equipe acompanha você antes, durante e depois — do diagnóstico ao seguimento de longo prazo.

Contato

Dr. Alexandre Sato

Especialista em Urologia e Cirurgia Robótica

Em caso de dúvidas, entre em contato com o consultório. Em emergências fora do horário comercial, procure o pronto-socorro mais próximo e leve este guia com você.

Este material tem caráter informativo e educativo. Não substitui a consulta, diagnóstico ou tratamento médico individualizado.