



RTU de Bexiga

Ressecção transuretral de bexiga

Diagnóstico e tratamento endoscópico dos tumores de bexiga, sem cortes externos.

MATERIAL INFORMATIVO

Este guia foi elaborado para esclarecer suas principais dúvidas sobre a ressecção transuretral de bexiga (RTU de bexiga / TURBT) — do diagnóstico ao seguimento de longo prazo.

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

Dr. Alexandre Sato

UROLOGIA E CIRURGIA ROBÓTICA

1. O que é a RTU de bexiga?

A **RTU de bexiga** (Ressecção Transuretral de Bexiga, ou **TURBT**, na sigla em inglês) é um procedimento cirúrgico **endoscópico** usado para **diagnosticar e tratar tumores da bexiga**. É realizado por meio de um aparelho fino (ressectoscópio) introduzido pela uretra, sem nenhum corte externo.

Durante a cirurgia, o cirurgião identifica a lesão e a retira em fragmentos com uma alça elétrica ou com laser. O material removido é enviado para análise **anatomopatológica**, fundamental para definir o tipo, o grau e a profundidade do tumor — informações que orientam o tratamento posterior.

Objetivos da RTU de bexiga

- **Diagnóstico:** obter material para análise e definir o estágio do tumor.
- **Tratamento:** remover totalmente as lesões superficiais (que não invadem o músculo da bexiga).
- **Estadiamento:** avaliar a profundidade da invasão tumoral.
- **Avaliação do restante da bexiga:** verificar a presença de outras lesões.

Importante

Em muitos casos, a RTU é o **tratamento definitivo** dos tumores superficiais. Quando há invasão da camada muscular, outros tratamentos podem ser indicados (cistectomia, quimioterapia, radioterapia ou imunoterapia).

2. Quando a cirurgia é indicada?

- **Tumor de bexiga** diagnosticado em exames de imagem ou cistoscopia.
- **Hematuria** (sangue na urina) com lesão visualizada na bexiga.
- **Recidiva tumoral** em paciente com câncer de bexiga prévio.
- Realização de biópsia de áreas suspeitas (carcinoma in situ).
- Re-RTU programada após RTU inicial, em casos selecionados, para garantir ressecção completa.

Instilação intravesical complementar

Em casos selecionados, ao final da RTU pode ser feita uma **dose única de quimioterapia intravesical** (mitomicina ou epirrubicina) para reduzir o risco de recidiva. Em outros casos, indicaremos um **esquema posterior** de instilações com BCG ou quimioterapia (ciclos semanais), iniciado algumas semanas após a cirurgia.

3. Pré-operatório

Avaliação

- **Consulta com urologista:** revisão dos exames (cistoscopia, ultrassom, tomografia, urotomografia, citologia urinária).
- **Consulta com anestesista.**
- **Exames pré-operatórios:** hemograma, coagulograma, função renal, glicemia, urina I, urocultura, eletrocardiograma e outros conforme idade.
- **Urocultura negativa** é fundamental — se houver infecção, ela deve ser tratada antes da cirurgia.

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 2 a 4 semanas anteriores. O cigarro é um dos principais fatores de risco para câncer de bexiga.
- Evitar bebidas alcoólicas nas 48 h anteriores.
- Comunicar imediatamente o médico em caso de febre, infecção urinária 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.
- Lista de medicamentos em uso.
- Roupas confortáveis.
- Itens de higiene pessoal.
- 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 dos exames.

- 4 Encaminhamento ao centro cirúrgico.

Durante a cirurgia

- 1 **Anestesia:** raquidiana (mais comum) ou geral.
- 2 **Posicionamento:** deitado, com as pernas em suporte (litotomia).
- 3 **Acesso pela uretra:** introdução do ressectoscópio, sem cortes externos.
- 4 **Inspeção** de toda a bexiga (cistoscopia).
- 5 **Ressecção** da lesão com alça elétrica (ou laser), em fragmentos.
- 6 **Hemostasia:** cauterização dos vasos.
- 7 **Possível dose única** de quimioterapia intravesical, em casos selecionados.
- 8 **Sonda vesical** com irrigação, mantida por 24 a 72 h.

Dados rápidos

Duração média: 30 a 90 minutos (depende do tamanho/quantidade das lesões).

Internação: 1 a 2 dias.

Sonda vesical: 24 a 72 horas.

5. Pós-operatório e recuperação

Internação

- **Sonda vesical com irrigação contínua** nas primeiras horas, para manter a urina clara e evitar coágulos.
- Dieta liberada algumas horas após a cirurgia.
- Caminhar precocemente, no mesmo dia.
- **Retirada da sonda:** geralmente em 24 a 72 horas, antes da alta.
- Alta quando estiver urinando bem e sem sangramento importante.

Em casa

- **Hidratação abundante** (2 a 2,5 litros de água por dia).
- Uso correto dos **analgésicos e antibióticos** prescritos.
- Dieta rica em **fibras** para evitar constipação.
- **Evitar esforços físicos** e levantar peso (mais que 5 kg) nas primeiras 2 a 3 semanas.
- É **esperado** haver: urina rosada/avermelhada por alguns dias, leve ardor ao urinar, pequena urgência miccional. Esses sintomas melhoram progressivamente.
- **Não fumar** — fundamental para reduzir o risco de recidiva.

Retorno às atividades

Atividade	Quando retomar
Caminhar em casa	No 1º dia
Atividades domésticas leves	2 a 4 dias
Trabalho de escritório	5 a 10 dias
Trabalho com esforço físico	14 a 21 dias
Dirigir	5 a 7 dias (sem opioides)
Caminhada leve	3 a 7 dias
Exercícios intensos / musculação	21 dias
Banho de mar, piscina, banheira	14 a 21 dias
Relações sexuais	14 a 21 dias, com liberação médica

Sinais de alerta

ATENÇÃO

Procure atendimento médico imediato se apresentar:

- **Sangramento intenso** com coágulos volumosos ou que entopem a urina.
- **Retenção urinária** (incapacidade de urinar).
- **Febre acima de 38 °C** ou calafrios.
- **Dor pélvica intensa** que não melhora com a medicação.
- **Dor abdominal forte ou distensão acentuada** (raras complicações como perfuração).
- Náuseas e vômitos persistentes.

Acompanhamento e seguimento

- **Primeiro retorno:** 7 a 15 dias.
- **Resultado anatomopatológico:** 10 a 14 dias.
- **Reavaliação completa:** em 30 a 45 dias, para definir conduta com base no resultado.
- **Cistoscopia de controle:** a cada 3 a 6 meses inicialmente, depois com intervalos maiores, conforme o tipo de tumor.
- **Possíveis instilações intravesicais** (BCG ou quimioterapia) — ciclos semanais a partir de 4 a 6 semanas após a RTU, em casos selecionados.
- Avaliação periódica dos rins e ureteres em alguns casos.

6. Perguntas frequentes (FAQ)

P: A RTU de bexiga é um procedimento seguro?

R: Sim. É um procedimento **bem padronizado e seguro**, com baixa taxa de complicações em centros experientes.

P: Vou ter cortes no abdome?

R: Não. Toda a cirurgia é feita pela uretra, com endoscópio. Não há cortes externos.

P: Quanto tempo dura a cirurgia?

R: Em média, de **30 a 90 minutos**, dependendo do tamanho e número de lesões.

P: Que tipo de anestesia é usada?

R: Em geral, **raquianestesia** (bloqueio da metade inferior do corpo). Em casos selecionados, anestesia geral pode ser usada.

P: Quanto tempo fico internado?

R: Tipicamente **1 a 2 dias**.

P: Por quanto tempo fico com sonda?

R: Em média, de **24 a 72 horas**, retirada antes da alta hospitalar.

P: Por que a urina fica avermelhada?

R: É **esperado** haver hematúria (sangue na urina) por alguns dias após a ressecção. A hidratação abundante ajuda a clarear a urina.

P: E se houver câncer no resultado?

R: A maioria dos tumores de bexiga é **superficial** (não invade o músculo) e tem ótimo prognóstico. Nesses casos, a RTU já é o tratamento inicial e o seguimento se faz com cistoscopia de controle e, eventualmente, instilações intravesicais (BCG ou quimioterapia). Em tumores com invasão muscular, podem ser indicados outros tratamentos (cistectomia, quimioterapia, imunoterapia ou radioterapia).

P: Vou precisar repetir a RTU?

R: Em alguns casos, sim. A **re-RTU** (segunda ressecção) é indicada para garantir a remoção completa em tumores selecionados, geralmente 4 a 6 semanas após a primeira.

P: O que é a instilação de BCG?

R: É um tratamento dentro da bexiga, com a vacina BCG, que **estimula o sistema imune** a destruir células tumorais residuais. Reduz o risco de recidiva e progressão em tumores de risco intermediário ou alto. É feito em sessões semanais, em consultório, por um período de manutenção.

P: Quando posso voltar a trabalhar?

R: Em geral, em **5 a 10 dias** para trabalhos leves; em **14 a 21 dias** para trabalhos com esforço físico.

P: A RTU afeta a função sexual?

R: Não. A RTU de bexiga **não interfere** na ereção, libido nem ejaculação.

P: E o tabagismo?

R: **Parar de fumar é essencial.** O cigarro é o principal fator de risco para câncer de bexiga, e continuar a fumar aumenta o risco de recidiva e progressão.

P: Posso ter relações sexuais normalmente depois?

R: Sim, após o período de recuperação (geralmente 14 a 21 dias).

P: Há risco de complicações graves?

R: São pouco comuns. Possíveis complicações incluem sangramento, infecção urinária, retenção urinária, perfuração da bexiga (rara) e estenose de uretra (rara).

7. Estamos com você

Tumores de bexiga, especialmente os superficiais, têm **excelente prognóstico** quando diagnosticados e tratados precocemente. O seguimento periódico é parte fundamental do tratamento. Nossa equipe está ao seu lado em todas as etapas — 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.