

FÍSTULAS UROGENITAIS

Dr. Pedro S. Magnani

INTRODUÇÃO

Fístulas urogenital é definida como a presença de comunicação anormal entre estruturas do trato urinário e o útero ou vagina, levando a perda contínua de urina.

Estudos arqueológicos identificaram fístulas em múmias da corte real egípcia há cerca de 2.500 anos, sendo que o primeiro tratamento realizado com sucesso foi descrito na Suíça, em 1675, por Johann Fatio.

É, sem dúvida, uma condição de grande impacto na qualidade de vida da mulher.

As fístulas uroginecológicas podem ser classificadas conforme a sua topografia em: vesicovaginais (72,2%), ureterovaginais (21,4%), uretrovaginais (5,6%) e vesicouterinas (0,8%).

ETIOLOGIA

Na sua grande maioria, as fístulas urogenitais são decorrentes de iatrogenia, quer seja obstétrica, quer seja por cirurgia ginecológica. Elas, ainda, podem ter origens não iatrogênicas como no caso de litíase, tuberculose, invasão neoplásica, fratura de ossos pélvicos ou erosão pelo uso prolongado de pessários, radioterapia da pelve.

Elas podem ter origem por lesão direta (secção ou laceração) ou por necrose da parede dos órgãos envolvidos, que por compressão direta, quer por dissecção extensa levando a formação de hematoma seguido de processo infeccioso e desvitalização dos tecidos envolvidos.

As fístulas de origem obstétrica são raras e estão relacionadas a má qualidade da assistência ao parto. Em países onde a assistência à parturiente é precária, como na África e Ásia, ainda apresentam uma alta incidência.

Nos países com boa atenção médica, a maior incidência de fístula está relacionada à cirurgia ginecológica, principalmente, a histerectomia. Estima-se que 1% das histerectomias oncológicas e 0,1% por doença benigna evoluam com algum tipo de fístula uroginecológica. Acredita-se que deverá haver um crescimento do número de fístulas com um maior número de cirurgias de endometriose profunda, onde é feita uma dissecção ampla do ureter, levando a desvitalização ou mesmo uma lesão inadvertida dessa estrutura.

Dentre as cirurgias ginecológicas, a histerectomia total é responsável por 75% dos casos de fístulas urogenitais. Elas são mais comuns na histerectomia total laparoscópica (2,2/1.000), seguida pela via abdominal (1,0/1.000) e vaginal (0,2/1.000).

O mecanismo de formação da fístula vesicovaginal pode ser por lesão direta da bexiga, mas, o mais frequente, é por necrose decorrente da dissecção traumática da bexiga quando do acesso ao espaço vesicouterino na histerectomia. Já, a lesão ureteral pode ser por secção direta, obstrução total ou angulação devido a ponto cirúrgico na região do ureter.

Os pontos críticos de lesão ureteral são: o infundíbulo pélvico, artéria uterina, ligamento cardinal e base de inserção do ligamento uterossacro na pelve óssea.

QUADRO CLÍNICO

O principal sintoma é a perda contínua de urina pela vagina que pode surgir imediatamente após a cirurgia, mas, o mais comum, é o aparecimento após 10 a 14 dias após a cirurgia. No caso das pacientes submetidas a radioterapia a fístula pode surgir anos após o procedimento.

A quantidade de urina, geralmente, é diretamente proporcional ao tamanho do orifício fistuloso.

Quando a lesão é direta tanto vesical como ureteral pode haver derramamento de urina para a cavidade abdominal com sinais de peritonismo e, por vezes, aumento da creatinina sanguínea.

Nos casos de obstrução total ou parcial do ureter é comum a queixa de dor lombar unilateral semelhante a cólica renal. Portanto, deve-se ficar alerta para pacientes com queixas desse tipo, no pós-operatório imediato ou tardio precoce (até 1 mês pós cirurgia).

Pacientes com fistulas vesicovaginais com alto débito poder relatar ausência de micção (incontinência total). Já, fistulas menores podem permitir o acúmulo de algum volume de urina na bexiga, permitindo a micção.

DIAGNÓSTICO

A suspeita diagnóstica deve ser levantada a partir da queixa de perda contínua de urina com diminuição ou ausência de micção ou, frente a quadro de dor lombar unilateral até 30 dias após a cirurgia. Ainda, quadro de peritonismo persistente após a cirurgia deve ser sempre aventada a hipótese de presença de urina na cavidade abdominal (urinoma). A enurese noturna, com surgimento após a cirurgia, é outra queixa que deve ser valorizada.

No exame físico, a presença de urina na vagina e, eventualmente a visualização do orifício fistuloso fecham o diagnóstico de fístula uroginecológica, porém, não diferenciam a fistula vesicovaginal e ureterovaginal. O diagnóstico diferencial pode ser feito pelo teste do azul de metileno ou por exames de imagem como uretrocistografia ou urografia excretora.

Teste do azul de metileno:

Três chumaços de algodão ou gaze dobrada são colocados no interior da vagina (terço proximal, terço médio e terço distal). Com uma sonda vesical instila-se 1 ampola de azul de metileno diluída em 50 a 100 ml de soro fisiológico. Solicita-se que a paciente deambule por alguns minutos e, então as gazes devem ser retiradas. A primeira gaze (terço distal) indica perda pela uretra e tem função de proteger as outras duas. A presença de azul de metileno em qualquer das outras duas gazes é indicativo de fistula vesicovaginal. Caso as gazes estejam úmidas de urina sem azul de metileno é sugestivo de fístula

ureterovaginal. Esse diagnóstico deve ser confirmado com urografia excretora ou urotomografia.

O teste de azul de metileno deve ser SEMPRE realizado, mesmo quando a saída de urina é facilmente visualizada na vagina, uma vez que, além de comprovar a existência da fístula, nos casos de dúvida; ele pode ser usado para diferenciar entre a fístula vesicovaginal e a ureterovaginal.

Nas pacientes em que a queixa é de dor lombar, com dor a punho percussão (sinal de Giordano positivo), o exame ultrassonográfico de vias urinárias é imprescindível. A presença de dilatação ureteral e/ou pielocalicial; ou ainda, de coleção líquida em retroperitônio deve alertar para a presença de lesão ureteral. A presença de anúria com ausência de urina dentro da bexiga deve alertar para lesão bilateral de ureter e a urografia excretora deve ser totalmente contraindicada, devido ao risco de lesão renal pelo contraste radiológico.

A urografia excretora está indicada nos casos de suspeita de fístula ureterovaginal sem sinais de obstrução ao exame de ultrassonografia. Esse exame é indicado para que não haja dúvida da fístula e para confirmar qual ureter foi lesado.

A uretrocistografia é um exame que pode ser usado nos casos em que o teste do azul de metileno não foi conclusivo. Isso pode ocorrer em fístulas de baixo débito onde a saída de urina pela vagina é muito pequena.

A cistoscopia é importante, no caso das fístulas vesicovaginais, principalmente para determinar a localização do orifício fistuloso em relação aos ureteres e ao trígono vesical, que será determinante na indicação da via de acesso para a correção da lesão.

TRATAMENTO DAS FÍSTULAS VESICOVAGINAIS

Quando o diagnóstico de lesão vesical é imediato ao procedimento, ou seja, ainda não formou a fístula, a correção deve ser feita, sempre que possível, no mesmo ato cirúrgico ou nas primeiras horas após a cirurgia, com sutura da lesão em 2 planos com fio absorvível 4-0 monofilamentar. Manter a paciente com sonda vesical de demora de três vias (foley) 16 ou 18 Fr, ABERTA, por um período de 7 a 15 dias.

Se a urina permanecer muito hematurica no pós-operatório deve ser utilizada a terceira via da sonda foley para irrigação da bexiga com soro fisiológico até que se torne límpida. Caso a paciente apresente urina clara ou hematuria leve e sem coágulos basta mantê-la sondada como no item anterior.

ATENÇÃO: sempre manter a via de drenagem (segunda via) aberta durante a irrigação para evitar distensão da bexiga. NUNCA lavar a sonda na tentativa de desobstruí-la. Se houver suspeita de obstrução da sonda, trocar todo o sistema.

EM HIPOTESE ALGUMA A SONDA DEVERÁ SER CLAMPADA.

Manter com antibiótico profilático enquanto a paciente permanecer sondada.

A conduta a ser tomada e o resultado dependem da etiologia da fístula (cirurgia ginecológica, parto, radioterapia, oncológica), do tamanho, do grau de fibrose local, do envolvimento de estruturas adjacentes com ureter e uretra. Ainda podem interferir no resultado final comorbidades da paciente como o diabetes e hábitos como o tabagismo.

Tratamento conservador:

O tratamento conservador com sondagem de grosso calibre (foley 18- 20 fr) por 15 a 20 dias e antibiótico tem pouco resultado e deve ser instituído apenas e fístulas minúsculas (menor que 1 cm), recentes e que apresentem tecido saudável e bem vascularizado. Nesses casos o sucesso é exceção e não a regra.

Tratamento cirúrgico:

Dentre as opções de cirurgia temos a via vaginal, abdominal e laparoscópica.

A via de acesso pode ser abdominal transvesical, descrita pela primeira vez por Trendelenburg em 1890 ou transperitoneal descrita por Von Dittel em 1893. A via vaginal por sua vez foi descrita inicialmente por Latzko em 1914.

A via vaginal deve ser a escolhida sempre que possível, deixando a via abdominal para casos de fístulas complexas, recidivantes ou naquelas em que o acesso vaginal não seja possível. Ainda está indicada a via abdominal nos casos de grande proximidade com os ureteres, onde pode haver necessidade de reimplante ureteral concomitante.

Embora haja algumas controvérsias quanto ao momento da correção cirúrgica, se precoce ou tardia, em nosso serviço adotamos a conduta mais tradicional. A cirurgia deve ser realizada após 3 meses do aparecimento da fístula para casos pós-cirúrgicos e pós-parto. Já para pacientes que foram submetidas a radioterapia esse tempo deve ser no mínimo de 1 ano.

ATENÇÃO: após a cirurgia, manter paciente com anticolinérgico por pelo menos 3 meses, e antibiótico profilático enquanto estiver sondada.

A intervenção cirúrgica deve **SEMPRE** ser realizada na ausência de processo infeccioso urinário.

CORREÇÃO VIA VAGINAL (técnica do desdobramento)

- 1- Paciente em posição ginecológica
- 2- Antissepsia e colocação de campos cirúrgicos
- 3- Cistoscopia para identificação do tamanho e local da fístula. Em caso de proximidade com os ureteres, procede-se a cateterização dos mesmos com cateter ureteral simples que será retirado ao término da cirurgia ou duplo “J” que pode ser removido posteriormente.

- 4- Sondagem vesical de demora com sonda foley de 3 vias 18 ou 20 fr
- 5- Passagem de sonda foley 10 ou 12 fr pelo orifício fistuloso
- 6- Dissecção da mucosa vaginal (cerca de 2cm) em torno do trajeto da fístula identificado com auxílio da sonda foley 10 fr
- 7- Ressecção do trajeto fistuloso e identificação das bordas saudáveis da bexiga
- 8- Sutura com pontos separados da borda vesical com poliglecaprone (caprofyl®) 4-0 e retirada da sonda foley 10 fr
- 9- Sutura invaginante sobre a sutura anterior com poliglecaprone (caprofyl®) 4-0
- 10- Sutura da mucosa vaginal no sentido transversal das suturas anteriores com caprofyl 4-0
- 11- Manter sonda vesical foley 3 vias 18 ou 20 fr inserida no início da cirurgia por 10 a 14 dias com antibiótico profilaxia.

*** Essa técnica também é a indicada nos casos de fístula uretrovaginal.**

CORREÇÃO VIA VAGINAL (retalho de Martius)

O uso de retalhos está indicado em fístulas recorrentes, após radioterapia, obstétricas, fístulas de grandes dimensões ou qualquer outra situação onde a qualidade dos tecidos adjacentes à fístula não apresentem boas condições de vascularização e cicatrização.

- 1- Paciente em posição ginecológica
- 2- Antissepsia e colocação de campos cirúrgicos
- 3- Cistoscopia para identificação do tamanho e local da fístula. Em caso de proximidade com os ureteres, procede-se a cateterização dos mesmos com cateter ureteral simples que será retirado ao término da cirurgia ou duplo “J” que pode ser removido posteriormente.
- 4- Sondagem vesical de demora com sonda foley de 3 vias 18 ou 20 fr
- 5- Passagem de sonda foley 10 ou 12 fr pelo orifício fistuloso
- 6- Dissecção da mucosa vaginal (cerca de 2cm) em torno do trajeto da fístula identificado com auxílio da sonda foley 10 fr
- 7- Ressecção do trajeto fistuloso e identificação das bordas da bexiga
- 8- Sutura com pontos separados da borda vesical com poliglecaprone (caprofyl®) 4-0 e retirada da sonda foley 10 fr
- 9- Sutura invaginante sobre a sutura anterior com monocryl 4-0
- 10- Incisão longitudinal tomando toda a extensão do grande lábio (escolher o lado mais próximo da fístula)

- 11- Dissecção do pedículo fibrogorduroso do grande lábio com hemostasia rigorosa
- 12- Secção e liberação do pedículo na sua porção posterior mantendo a irrigação pela porção superior.
- 13- Dissecção de túnel submucoso na parede lateral da vagina entre o grande lábio e a fístula.
- 14- Passagem do pedículo pelo túnel e fixação do mesmo sobre a fístula com poliglactina (vicryl®) 2-0.
- 15- Sutura da mucosa vaginal sobre o retalho com poliglecaprone (caprofyl®) 4-0
- 16- Sutura da pele do grande lábio com pontos de poliglecaprone (caprofyl®) separados
- 17- Deixar dreno de penrose em grande lábio e curativo compressivo.
- 18- Manter sonda vesical foley 3 vias 18 ou 20 fr inserida no início da cirurgia por 10 a 14 dias com antibiótico profilaxia.

CORREÇÃO VIA VAGINAL (Técnica de Latzko – colpocleise parcial)

A técnica de latzko está indicada nas fístulas simples e pequenas. A paciente deve ser alertada sobre a possibilidade de dispareunia de profundidade após a cirurgia, devido ao encurtamento da vagina. Porém, é menos invasiva e mais simples que as técnicas anteriores.

- 1- Paciente em posição ginecológica
- 2- Antissepsia e colocação de campos cirúrgicos
- 3- Cistoscopia para identificação do tamanho e local da fístula. Em caso de proximidade com os ureteres, procede-se a cateterização dos mesmos com cateter ureteral simples que será retirado ao término da cirurgia ou duplo “J” que pode ser removido posteriormente.
- 4- Sondagem vesical de demora com sonda foley de 3 vias 18 ou 20 fr
- 5- Passagem de sonda foley 10 ou 12 fr pelo orifício fistuloso
- 6- Dissecção de 4 retalhos de mucosa vaginal ao redor da fístula
- 7- Sepultamento SEM ressecção do trajeto fistuloso com pontos em bolsa de tabaqueira unindo toda área cruenta ao redor da fístula em pelo menos três camadas (colpocleise parcial). Esses pontos podem ser dados transversalmente sempre com uma camada em sentido transversal a outra. O fio usado pode ser poliglactina (vicryl®) 4-0, poliglecaprone (caprofyl®) ou até mesmo catgut cromado 4-0.
- 8- Manter sonda vesical foley 3 vias 18 ou 20 fr inserida no início da cirurgia por 10 a 14 dias com antibiótico profilaxia

CORREÇÃO VIA ABDOMINAL

A via abdominal deve ser reservada àqueles casos onde a via vaginal não é possível, fístulas complexas ou após várias recidivas da via vaginal. As duas principais técnicas são a transvesical e a bipartição. Pode ser realizada por via laparotômica (aberta) ou videolaparoscópica/robótica.

CORREÇÃO VIA ABDOMINAL - TÉCNICA TRANSVESICAL (Gil-Vernet)

- 1- Paciente em posição de Rose (pernas abduzidas e semifletidas).
- 2- Antissepsia e colocação de campos cirúrgicos.
- 3- Cistoscopia para localização do orifício fistuloso em relação aos ureteres.
- 4- Cateterização dos ureteres com cateter ureteral simples ou duplo “J”
- 5- Sondagem vesical com sonda foley de 18 ou 20 fr co 3 vias
- 6- Incisão tipo Pfannenstiel ou mediana infraumbilical
- 7- Abertura da parede por planos até o peritônio parietal (sem abri-lo)
- 8- Dissecção do espaço retropúbico de Retzius e preparação do campo cirúrgico
- 9- Distensão da bexiga com soro fisiológico pela sonda de 3 vias
- 10- Incisão da parede vesical expondo o interior da bexiga, porém sem bipartir a bexiga
- 11- Identificação da fístula seguida da incisão ao redor do orifício e dissecção ampla do trajeto fistuloso
- 12- Ressecção do trajeto fistuloso
- 13- Fechamento da porção vaginal da fístula com pontos simples, separados de poliglactina (vicryl®) 4-0, poliglecaprone (caprofil®) 4-0
- 14- Fechamento da porção vesical da fístula em 2 planos com pontos simples, separados de poliglactina (vicryl®) 4-0, poliglecaprone (caprofil®) 4-0
- 15- Rafia da bexiga com pontos simples, separados em 2 planos poliglecaprone (caprofil®) 4-0
- 16- Manter sondagem vesical de demora por 10 a 14 dias e caso os cateteres ureterais tenham sido deixados, devem ser retirados em 1 mês após a cirurgia.

CORREÇÃO VIA ABDOMINAL - TÉCNICA DE BIPARTIÇÃO (O'Connor)

- 1- Paciente em posição de Rose (pernas abduzidas e semifletidas).
- 2- Antissepsia e colocação de campos cirúrgicos.
- 3- Cistoscopia para localização do orifício fistuloso em relação aos ureteres.
- 4- Cateterização dos ureteres com cateter ureteral simples ou duplo "J"
- 5- Sondagem vesical com sonda foley de 18 ou 20 fr co 3 vias
- 6- Incisão tipo Pfannenstiel ou mediana infraumbilical
- 7- Abertura da parede por planos até cavidade abdominal
- 8- Enchimento da bexiga com soro fisiológico
- 9- Incisão longitudinal da parede vesical até a fístula contornando o trajeto fistuloso (bipartição da bexiga)
- 10- Ressecção do trajeto fistuloso
- 11- Sutura do orifício na vagina com pontos simples, separados de poliglactina (vicryl®) 4-0
- 12- Sutura da parede vesical com pontos separados em dois planos com poliglecaprone (caprofil®) 4-0
- 13- Interposição de epiplon (grande omento) entre a vagina e a bexiga (opcional)
- 14- Fechamento da parede por planos
- 15- Curativo compressivo
- 16- Manter sondagem vesical de demora por 10 a 14 dias e caso os cateteres ureterais tenham sido deixados, devem ser retirados em 1 mês após a cirurgia.

*** Essa técnica deve ser a de escolha para a fístula vesicouterina**

TRATAMENTO DAS FÍSTULAS URETEROVAGINAIS

Os procedimentos utilizados para reimplante do ureter são baseadas em cirurgias para o tratamento do refluxo vesicoureteral. As técnicas mais utilizadas são; Lich-Gregoir; Boari; Psoas-Hitch; Cohen; Politano-Leadbetter.

A via de acesso pode ser abdominal aberta ou videolaparoscópica/robótica.

O reimplante ureteral está indicado nos casos de iatrogenia como na secção ureteral ou obstrução por passagem inadvertida de ponto ou angulação do ureter; tumores e estenose por diversas causas.

Nos casos de suspeita de angulação, a tentativa de passagem de cateter duplo “J”, é importante, uma vez que, pode evitar uma cirurgia maior.

Pacientes com obstrução ureteral devem ser operadas com urgência devido ao risco de lesão renal permanente causada pela dilatação pielocalicial. Já, nos casos em que a fístula já está formada, não existe urgência, uma vez que, a pressão nas vias urinárias já foi aliviada. Porém, deve ser resolvida com certa premência devido ao risco de infecção do trato urinário superior.

REIMPLANTE URETERAL - TÉCNICA DE LICH – GREGOIR

Está indicada quando a lesão é próxima da bexiga e a o ureter está preservado em quase toda a sua extensão.

- 1- Paciente em posição de Rose (pernas abduzidas e semifletidas).
- 2- Antissepsia e colocação de campos cirúrgicos.
- 3- Cistoscopia para tentativa de cateterização do ureter lesado com cateter ureteral simples ou fio guia. (Caso se identifique a porção distal do ureter, dependendo da sua extensão, pode ser possível realizar a anastomose término-terminal ao invés de reimplante, que é menos invasiva)
- 4- Sondagem vesical com sonda foley de 18 ou 20 fr co 3 vias
- 5- Incisão tipo Pfannenstiel ou mediana infraumbilical
- 6- Abertura da parede por planos até cavidade abdominal
- 7- Abertura do retroperitônio a partir do infundíbulo, seguido da identificação do ureter afetado
- 8- Dissecção do ureter até a porção mais distal, o mais próximo possível do orifício fistuloso.
- 9- Distensão da bexiga com soro fisiológico através da terceira via da sonda foley já inserida.

10- Preparo do túnel do ureter com incisão na parede vesical comprometendo musculatura detrusora, mas sem perfurar a mucosa vesical

11- Cistostomia no fundo da bexiga, de aproximadamente 0,5 cm, o suficiente para implante da extremidade distal do ureter, já previamente espatulado (pequena incisão na parede posterior) ou com aberta em “boca de peixe” (pequena incisão nas paredes laterais do ureter). Nesse momento, a depender da preferência do cirurgião, pode-se proceder a passagem de cateter ureteral duplo “J”.

12- Fixação da extremidade do ureter no interior da bexiga com pontos cardinais transfixando a parede vesical com fio de com poliglecaprone (caprofil®) 4-0

13- Sepultamento do ureter na incisão do músculo detrusor realizada anteriormente com poliglecaprone (caprofil®) 4-0 para evitar refluxo vesicoureteral

14- Deixar dreno rígido com sucção contínua na cavidade abdominal

15- Fechamento da parede por planos

16- Curativo oclusivo

REIMPLANTE URETERAL - TÉCNICA DO FLAP DE BOARI

Essa técnica deve ser utilizada, principalmente, quando o comprimento do ureter é insuficiente para o implante pela técnica de Lich- Gregoir.

1- Paciente em posição de Rose (pernas abduzidas e semifletidas).

2- Antissepsia e colocação de campos cirúrgicos.

3- Sondagem vesical com sonda foley de 18 ou 20 fr co 3 vias

4- Incisão tipo Pfannenstiel ou mediana infraumbilical

5- Abertura da parede por planos até cavidade abdominal

6- Abertura do retroperitônio a partir do infundíbulo, seguido da identificação do ureter afetado

7- Dissecção do ureter até a porção mais distal, o mais próximo possível do orifício fistuloso.

8- Distensão da bexiga com soro fisiológico através da terceira via da sonda foley já inserida.

9- Preparo do retalho de parede vaginal em forma de trapézio no fundo vesical

10- Passagem do ureter pelo túnel dissecado entre a mucosa vesical e o detrusor no flap da bexiga (Nesse momento pode-se deixar cateter ureteral duplo “J”)

11- Fixação da extremidade do ureter já espatulada na mucosa do flap da bexiga com pontos cardinais transfixando a parede vesical com fio de com poliglecaprone (caprofil®) 4-0

12- Sutura das bordas do flap ao redor do ureter e das bordas da bexiga com pontos simples com poliglecaprone (caprofil®) 4-0

13- Deixar dreno rígido com sucção contínua na cavidade abdominal

14- Fechamento da parede por planos

15- Curativo oclusivo

REIMPLANTE URETERAL – BEXIGA PSOICA

Assim como o flap de Boari, a bexiga psoica está indicada nos casos em que não é possível o reimplante devido ao comprimento insuficiente do ureter.

Ela pode ser associada as outras técnicas como Boari ou Gregoir

1- Paciente em posição de Rose (pernas abduzidas e semifletidas).

2- Antissepsia e colocação de campos cirúrgicos.

3- Sondagem vesical com sonda foley de 18 ou 20 fr co 3 vias

4- Incisão tipo Pfannenstiel ou mediana infraumbilical

5- Abertura da parede por planos até cavidade abdominal

6- Abertura do retroperitônio a partir do infundíbulo, seguido da identificação do ureter afetado

7- Dissecção do ureter até a porção mais distal, o mais próximo possível do orifício fistuloso.

8- Distensão da bexiga com soro fisiológico através da terceira via da sonda foley já inserida.

9- Liberação da bexiga de sua inserção lateral da pelve

10- Identificação do músculo psoas no retroperitônio

11- Fixação da parede lateral da bexiga no músculo psoas com 3 a 4 pontos simples separados de poliglactina (vicryl®) 0

12- Reimplante do ureter pela técnica de Lich-Gregoir ou Boari dependendo do comprimento do ureter.

13- Deixar dreno rígido com sucção contínua na cavidade abdominal

14- Fechamento da parede por planos

15- Curativo oclusivo

REIMPLANTE URETERAL – POLITANO-LEADBETTER

Esse tipo de cirurgia é semelhante à técnica de Lich- Gregoir, porém, o reimplante é realizado com a bexiga aberta e, portanto, é mais invasiva, devendo ser reservada a casos excepcionais onde há necessidade de uma cistostomia ampla.

PÓS-OPERATÓRIO (para todos os tipos de fístulas urogenitais)

- Manter sondagem vesical por 10 a 14 dias
- Manter antibiótico profilático enquanto sondada
- Anticolinérgico por pelo menos 3 meses
- Retirar cateter duplo “J” 1 mês após a cirurgia
- Abstinência sexual por pelo menos 3 meses

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento das fistulas urogenitais possuem algumas características em comum que devem sempre ser observadas.

- 1- O tratamento é quase sempre cirúrgico
- 2- Avaliação pré-operatória cuidadosa é fundamental
- 3- O “timing” da cirurgia deve ser individualizado de acordo com o tipo da fístula
- 4- Nas fístulas vesicovaginais a via vaginal deve ser preferida sempre que possível
- 5- Sempre observar os princípios básicos para reparação de fístula:
 - Dissecção e exposição ampla das bordas da fístula;
 - Retirada de todo tecido desvitalizado deixando as bordas da lesão sempre com boa vitalidade
 - Usar material de interposição (Martius, epiplon) em fistulas complexas ou recidivadas;
 - Manter a bexiga seca com sonda de grosso calibre por 7 a 10 dias;
 - No caso de fistulas ureterais, evitar a desvitalização do ureter com dissecção cuidadosa.
- 6- Evitar ao máximo distensão da bexiga, cuidando para não deixar a sonda obstruir ou ser clampada inadvertidamente.
- 7- As abordagens abdominais, tanto para fistulas vesicovaginais como para ureterovaginais, podem ser realizadas por via videolaparoscópica/robótica com a vantagem de uma recuperação menos dolorosa e mais rápida. Porém, exige cirurgião com experiência nesse tipo de via e material especializado.
- 8- Ter sempre em mente que a primeira correção é, sempre, a melhor oportunidade de cura.

LEITURAS RECOMENDADAS

- 1- Rubintein I. Incontinência urinária na mulher. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu; 2001.
- 2- Castro RA, Palhares DJ, Sartori MGF, Baracat EC, Girão MJBC: Disponível em: URL: <http://www.uroginecologia.com.br>.
- 3- Stovall TG, Ling FW. Atlas de cirurgia ginecológica e obstétrica benigna. Porto Alegre: Artes médicas 1997.
- 4- Cardoso A, Soares R, Coreia T,, Reis F Cerqueira M, Almeida M, Prisco R . Abordagem Terapêutica de Fístulas Vésico-Vaginais. Análise retrospectiva e revisão temática; Acta Urológica 2009, 26; 1: 19-25
- 5- Sousa JS, Maluf RB Fistula vesicovaginal em URL: <http://www.febrasgo.org.br>.
- 6- Salvatore CA. Ginecologia operatória. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1974.
- 7- Palma P, Netto Jr. NR. Uroginecologia Ilustrada. 1ª ed. São Paulo: Roca; 2005.
- 8-Ribeiro RM, Rossi P, Pinotti JA. Uroginecologia e cirurgia vaginal. São Paulo: Roca; 2001.
- 9- Rock AJ, Thompson DJ. Te Linde ginecologia operatória: 8a ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A, 1999.
- 10- De Lancey JO. The anatomy of the pelvic floor. Curr Opin Obstet Gynecol. 1994 Aug; 6(4): 313-6
- 11- Freitas MSF, Brito LGO, Magnani OS. Protocolos do setor de uroginecologia, cirurgia ginecológica e reconstrutiva pélvica do departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP