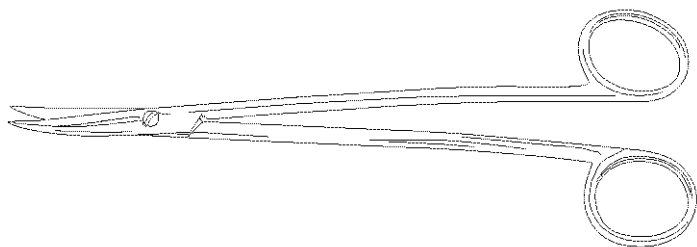


CIRURGIA DE FÍSTULAS OBSTÉTRICAS NA PRÁTICA



A publicação desta tradução foi possível graças a uma subvenção especial da FIGO. Gostaríamos de expressar os nossos sinceros agradecimentos à Texas Children's Global Health Network e a uma fundação anónima pelo seu apoio à iniciativa de formação em cirurgia de fístulas da FIGO, que financiou esta tradução.

A obra é uma tradução de ***Practical Obstetric Fistula Surgery***, publicado pela primeira vez em inglês pela Halstead, em 2022. A tradução foi realizada com a autorização do detentor dos direitos de autor e tem como objetivo tornar a obra original acessível a um público clínico mais vasto. Foram envidados todos os esforços para que a tradução reflita fielmente o sentido e a intenção do texto original. No entanto, em caso de divergência ou ambiguidade, a edição original em inglês deve ser considerada como a versão oficial.

A prática clínica, os requisitos regulamentares, os nomes dos medicamentos, as posologias, a disponibilidade dos produtos e as recomendações profissionais podem variar de país para país e evoluir ao longo do tempo. Os leitores devem exercer o seu discernimento profissional e consultar as diretrizes locais pertinentes, as informações de prescrição e as políticas institucionais ao aplicarem estas informações na prática clínica.

Tradução realizada pelo Wessex Translations.

A publicação foi revista pelo Dr. Paolo Parimbelli.

CIRURGIA DE FÍSTULAS OBSTÉTRICAS NA PRÁTICA

SEGUNDA EDIÇÃO

Andrew Browning AM FRCOG

Diretor clínico, Barbara May Foundation, Austrália

Autor participante

Brian Hancock MD FRCS FRCOG (Hon)

Cirurgião consultor honorário,

University Hospital of South Manchester, Manchester, Reino Unido



HALSTEAD PRESS

Ilustrações de Alex Browning. Fotografias
maioritariamente da autoria de Brian Hancock,
Andrew Browning e Rachel Ambrose.

Sydney MMXXII
HALSTEAD PRESS

Unit 66, 89–97 Jones Street
Ultimo, New South Wales, 2007
e
Gorman House, Ainslie Avenue
Braddon, Australian Capital Territory, 2612

Copyright © 2022, Andrew Browning.
Não deve ser copiado, parcial ou totalmente, sem
autorização. Designer: Natasha Powers.
Impresso em Sydney por Ligare.

ISBN: 978 1 925043 71 6

ÍNDICE

<i>Preâmbulo da Segunda edição Gillian Slinger</i>	<i>7</i>
<i>Prefácio da Segunda edição</i>	<i>9</i>
<i>Introdução</i>	<i>14</i>
1 Fístulas obstétricas: Causa e natureza; o complexo da fístula obstétrica; Classificação	18
2 Diagnóstico	34
3 Tratamento de casos em estado inicial	43
4 Preparação pré-operatória	46
5 No bloco operatório	51
6 As operações	61
Princípios básicos	61
Cinco passos básicos	62
Princípios avançados	62
Seleção de casos para principiantes	63
Procedimento num caso simples	72
Fístulas junto à uretra e circunferenciais	90
Fístulas junto ao colo do útero e intracervicais	108
A via abdominal	117
Reconstrução uretral	120
Procedimentos operatórios para reduzir a incidência de incontinência de esforço ..	127
O enxerto de gordura de Martius	140
Cálculos vesicais	144
Falha de reparação e reoperação	146
Fístulas ureterais	152
7 Fístulas retovaginais	157
8 Reparação de lesões do esfíncter anal	168
9 Tratamento da incontinência pós-reparação	173
10 Tratamento de casos inoperáveis	193
11 Cuidados de enfermagem pós-operatórios das pacientes com fístulas	204
12 Avaliação de resultados	222
13 Problemas, complicações e resolução de problemas	225
Anexo A: Livros, material de formação e fornecedores	230
Anexo B: Protocolo do pad-test de uma hora	234
Anexo C: Características demográficas e do tipo de fístulas	235
Agradecimentos	238
Índice remissivo	244

PREÂMBULO DA SEGUNDA EDIÇÃO

Muito antes de conhecer pessoalmente o Dr. Andrew Browning, já conhecia o seu nome através de diversas publicações sobre fístulas obstétricas, bem como a sua reputação como cirurgião de fístulas talentoso e dedicado.

Graças ao nosso objetivo comum e à nossa determinação ávida em ajudar as mulheres com fístulas obstétricas, que remonta há muitos anos, não foi preciso muito tempo para que o mundo de Andrew, obstetra-ginecologista/cirurgião especializado em fístulas e formador na Etiópia, na Tanzânia e em toda a África, se cruzasse com o meu, enquanto parteira/formadora/consultora especializada em fístulas obstétricas em todo o mundo junto de várias agências internacionais.

Apesar de termos trabalhado para várias instituições diferentes, temos pertencido, de forma contínua, à mesma equipa de fístulas, trabalhando em conjunto entre organizações e continentes para criar estruturas nacionais de prevenção e tratamento de fístulas obstétricas nos países afetados e defendendo incessantemente a ajuda a prestar às mulheres com esta doença.

Como formador principal, Andrew também disponibiliza orientação especializada a inúmeros outros cirurgiões de fístulas, incluindo cirurgiões em formação (Membros) da Iniciativa de Formação em Cirurgia de Fístula da FIGO, onde desempenho a função de Gestora de Projetos Sénior. Na qualidade de Presidente da Comissão de Fístulas da FIGO e do Grupo Consultivo de Especialistas do programa, Andrew supervisiona o desenvolvimento e a progressão de mais de 70 Membros da FIGO em mais de 20 países, aconselhando a equipa do projeto e liderando os esforços de criação dos tão necessários recursos educativos e de formação para cirurgiões de fístulas e equipas de cuidados a nível mundial.

Este livro é precisamente um desses novos recursos fundamentais!

Com base nas publicações pioneiras do cirurgião de fístulas, Dr. Brian Hancock, Andrew recorreu à sua experiência para atualizar e ampliar o livro original e amplamente utilizado *Cirurgia de Fístulas Obstétricas na Prática*, escrito por Brian (com Andrew como autor participante). Esta versão atualizada destina-se a cirurgiões de fístulas, com informações essenciais para as equipas de cuidados de fístulas. Contém técnicas cirúrgicas inovadoras recentes de reconstrução vaginal, além de informações de tratamento da incontinência urinária persistente após a reparação de fístulas vesicovaginais, e reflete ainda sobre os progressos e desafios atuais, incluindo o aumento preocupante de casos de fístulas iatrogénicas.

Escrita num estilo claro e fácil de ler, com várias fotografias e ilustrações informativas, esta segunda edição do livro, muito aguardada, será um excelente guia e um companheiro constante para os cirurgiões e as equipas de fístulas, onde quer que seja utilizada, e contribuirá, sem dúvida, para o êxito dos resultados de tratamento e recuperação de mulheres com fístulas obstétricas em todo o mundo.

Gillian Slinger RN, RM, BSc, MSc

Presidente da Iniciativa de Formação em Cirurgia de Fístula, Especialista Técnica em Fístulas Obstétricas, FIGO; Membro do Conselho de Administração, Fistula Foundation, USA; Ativista global para a fístula e catalisadora do Dia Internacional pelo Fim da Fístula Obstétrica.

PREFÁCIO DA SEGUNDA EDIÇÃO

O nosso livro, *Cirurgia de Fístulas Obstétricas na Prática*, tem adquirido popularidade junto de cirurgiões de fístulas em formação. Desde a publicação, há mais de 12 anos, foram registados alguns desenvolvimentos significativos. Esta era a oportunidade perfeita para publicar uma nova edição.

A falta de material de formação e a curva de aprendizagem longa moveram-me a escrever o primeiro livro para ajudar outras pessoas. O meu objetivo era ter um livro que eu teria gostado de ter disponível quando iniciiei a atividade. Tive a sorte de operar em locais muito bem equipados, como o Mercy Ships na África Ocidental e o Addis Ababa Fistula Hospital. Em contrapartida, muitos hospitais rurais onde a cirurgia de fístulas nunca tinha sido efetuada ofereciam as instalações mais básicas. Ajudei muitas pessoas enquanto realizavam as primeiras operações, pelo que compreendo as dificuldades que enfrentam.

Tive a sorte de conhecer o Dr. Andrew Browning no hospital de Addis, onde ganhou experiência no serviço de cirurgia de fístulas, e de ter trabalhado com ele em várias ocasiões na Etiópia, no Uganda e uma vez na Tanzânia. Desde 2000, tem estado muito envolvido na cirurgia de fístulas. O Dr. Andrew conta com uma vasta experiência, adquirida inicialmente como diretor clínico da unidade-satélite de Addis em Bahr Dar e reforçada, posteriormente, ao trabalhar na Tanzânia e viajar por diversos países africanos e pelo Nepal. É muito solicitado como professor e na operação de casos onde outros colegas não foram bem-sucedidos. É um dos cirurgiões mais competentes que já vi e está sempre empenhado na auditoria pessoal, o que conduziu à publicação de diversos artigos importantes. Os seus vídeos de formação são os melhores que já vi.

Por isso, é com muito gosto que lhe passo a palavra como autor principal. Com base na enorme experiência adquirida, o Dr. Andrew introduziu algumas melhorias em todos os capítulos originais, mas a adição mais significativa encontra-se na secção de prevenção e tratamento da incontinência pós-reparação.

Acima de tudo, este livro pretende ser um guia de fácil utilização para quem dá os primeiros passos na cirurgia de fístulas e para quem progride na longa curva de aprendizagem.

A cirurgia de fístulas não pertence a nenhuma especialidade. Acreditamos que qualquer pessoa com boas competências cirúrgicas e conhecimentos de anatomia pélvica, e ainda com capacidade de adaptação às condições deficitárias da maioria dos países com poucos recursos, pode aprender a reparar as fístulas mais simples.

Desencorajamos vivamente os especialistas ocidentais de fazerem visitas pontuais na esperança de contribuírem para o tratamento de alguns “casos difíceis” ou “darem uma mãozinha”. As pessoas mais capazes de ajudar as pacientes com fístulas são aquelas que trabalham a tempo inteiro em África ou noutros países afetados, ou que fazem visitas regulares e sustentáveis. É necessário um compromisso a longo prazo para aprender as competências e dinheiro para pagar o tratamento gratuito e comprar suturas, cateteres e bons instrumentos. Acima de tudo, é preciso empatia e compaixão por tudo o que as pacientes sofreram.

É um privilégio dar às mulheres um novo começo de vida com recurso a competências cirúrgicas, o que tem recompensas próprias especiais para a paciente e para a equipa cirúrgica.

Brian Hancock

DEDICATÓRIA

Em memória dos Drs. Reginald e Catherine Hamlin, cujo trabalho inspirou tantas pessoas, e dos Drs. Maura Lynch e John Kelly, que permaneceram ao serviço até ao fim das suas vidas, e em dedicação às pacientes que cuidamos.

INTRODUÇÃO

Existe uma crescente consciencialização a nível mundial para o vasto número de pacientes com lesões de parto não tratadas nos países de baixos e médios rendimentos. As Nações Unidas, na sua Campanha pelo Fim da Fístula, juntamente com muitas outras organizações, incluindo a Sociedade Internacional de Continência e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), e ainda muitos indivíduos estão a concentrar os seus esforços na prevenção de fístulas através de um melhor acesso a serviços de parto e cuidados obstétricos seguros. Estas organizações também reconhecem a necessidade de formar mais cirurgiões, especialmente nos países afetados por casos de fístula. A FIGO desenvolveu um programa de formação padronizado e reconhecido internacionalmente, que está em constante expansão e que, no momento em que escrevemos este livro, conta com mais de 70 formandos (*Membros da FIGO*) em mais de 20 países.

Ninguém sabe quantas pacientes com fístula existem que foram esquecidas e não têm esperança. As estimativas apontam para cerca de 2 000 000 mulheres, a maioria das quais em África e no Sudeste Asiático, mas o número é difícil de determinar.

A maior parte dos casos de fístula obstétrica ainda se deve a partos prolongados e obstruídos. Há vinte anos, verificámos que a maioria das pacientes tinha dado à luz em casa, quase sempre a nados-mortos e com registo de ferimentos graves. Este padrão está a mudar devido à melhoria do acesso a serviços de parto e obstetrícia seguros em muitos países. Há mais pacientes a chegar ao hospital e a dar à luz por cesariana. Algumas chegam demasiado tarde para salvar o bebé ou para evitar lesões isquémicas. Outras dão à luz a um bebé vivo, mas sofrem lesões acidentais na bexiga resultantes da operação, a chamada lesão iatrogénica. Estes acidentes são demasiado frequentes devido à demora no encaminhamento, que resulta em cesarianas difíceis, bem como a instalações cirúrgicas inadequadas e a médicos inexperientes. Existe uma necessidade premente de formar os profissionais de saúde para uma monitorização atenta durante o parto e para um encaminhamento atempado em caso de parto obstruído. É ainda necessário que os médicos operem em segurança, mas também selecionem melhor as grávidas que não necessitam de um parto cirúrgico.

A cirurgia de fístulas tem uma reputação de complexidade justificável em termos de tratamento, mas nem sempre é reconhecida como tendo uma cura fácil em alguns casos.

Os cirurgiões mais experientes dizem que conseguem fechar 95% das fístulas (mas, para atingirem este valor, podem ter de operar até 10% das mulheres uma segunda ou uma terceira vez). No entanto, o encerramento da fístula nem sempre significa que a paciente ficará seca.

Um cirurgião razoavelmente experiente, que aceite quase todos os casos que consulta, talvez consiga, na melhor das hipóteses, que apenas 80% dos casos fiquem realmente secos através dos métodos descritos neste livro. Claro está, o cirurgião que recusar os casos difíceis terá resultados muito mais positivos. Isto explica o paradoxo de que, quanto melhores forem as competências ao nível da reparação de fístulas, piores serão os resultados, porque o especialista raramente recusa o tratamento de alguém.

Sem os procedimentos de reconstrução descritos no livro, mais de 20% das pacientes terão incontinência de esforço grave, uma vez que a uretra e a bexiga terão sido fortemente danificadas. Algumas poderão melhorar ao longo do tempo, mas as mulheres que não melhorarem irão considerar que a operação falhou, porque continuam a ter perdas, mesmo com a fístula fechada. É possível realizar cirurgias secundárias para os casos de esforço, mas os resultados são variáveis.

Qualquer pessoa que observe um cirurgião de fístulas experiente a trabalhar ficará maravilhada com a facilidade com que o mesmo demonstra a arte da cirurgia de fístulas. Mesmo os cirurgiões experientes que dão os primeiros passos na cirurgia de fístulas ficarão surpreendidos com o grau de exigência das operações e o nível de dificuldade inicial. A anatomia distorcida e a rigidez dos tecidos representam um choque. É necessário saber o que é preciso fazer e ter a capacidade de o fazer. A sutura precisa num espaço confinado é difícil e requer uma destreza manual superior à média. A curva de aprendizagem é longa devido à complexidade de muitos casos, pelo que a experiência só pode ser adquirida através de um trabalho prático profundo. Os livros disponíveis para ajudar os cirurgiões de fístulas em formação são revistos no anexo. Atualmente, são demasiado complexos para algumas pessoas ou carecem de conselhos específicos para fornecer toda a ajuda de que um cirurgião de fístulas em início de carreira necessita.

O ensino da cirurgia de fístulas tem representado uma componente significativa do nosso trabalho. É raro operarmos sem a presença de, pelo menos, um formando promissor. Por termos ajudado muitos cirurgiões a efetuar as suas primeiras cirurgias de fístulas, podemos ver as dificuldades que têm e compreender os conselhos de que necessitam. Muitas das nossas cirurgias foram efetuadas em hospitais que não tinham qualquer experiência em cirurgia de fístulas, sendo que este fator não é um obstáculo para o sucesso.

Embora o texto se baseie na nossa própria experiência prática daquilo que funciona melhor, tivemos a sorte de visitar ou conhecer a maior parte do pequeno grupo de cirurgiões de fístulas muito experientes do planeta. Estamos muito gratos por tudo o que aprendemos com eles. Muitas das suas palavras de sabedoria estão incorporadas nos nossos conselhos e são mencionadas nos agradecimentos.

Não existe uma forma absolutamente correta de reparar fístulas. Poderão existir vários caminhos para o sucesso, desde que os princípios gerais sejam respeitados. A cirurgia de fístulas está em constante evolução, à medida que são disponibilizadas novas evidências. Quem poderia prever que o enxerto de gordura, que durante décadas foi aceite como um componente vital na reparação de fístulas no Addis Ababa Fistula Hospital, seria agora um recurso raramente utilizado por muitos cirurgiões ou que seriam desenvolvidas técnicas para reduzir a incidência de incontinência de esforço pós-reparação? Isto deve-se, em grande parte, ao reforço da comunicação mantida entre os cirurgiões de fístulas, promovida por organismos como a International Society of Obstetric Fistula Surgeons, através da realização de reuniões bienais.

A complexidade dos casos varia consideravelmente. Dependendo do contexto, 25% dos casos são relativamente simples, enquanto 50% apresentam diversos desafios técnicos e os últimos 25% podem ser extremamente difíceis de curar. Os centros especializados são escassos e distantes entre si, não sendo realista esperar que todas as reparações de fístulas sejam efetuadas apenas nesses centros. Os casos complexos devem certamente ser encaminhados para centros estabelecidos, caso tal seja possível.

Conhecemos muitos casos em que é efetuado um excelente trabalho, tanto em hospitais independentes como estatais, por cirurgiões nacionais, expatriados ou visitantes regulares interessados, **desde que reconheçam as suas limitações e não tentem resolver casos que ultrapassem as respetivas capacidades.**

Os cuidados de enfermagem são tão importantes como a cirurgia. Nesse sentido, mostramos como os cuidados podem ser simplificados e adaptados às circunstâncias locais. Compete ao cirurgião estar familiarizado e supervisionar todos os aspetos dos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios. Um novo livro sobre *Cuidados de Enfermagem para pacientes com fístulas* acaba de ser publicado pelo UCIF e pela FIGO, escrito por Ishbel Campbell e Ian Asimwe.

Nunca é demais sublinhar que uma paciente com fístula tem mais do que um simples orifício na bexiga e/ou no reto. A pessoa é globalmente afetada pelo resultado desastroso de um parto obstruído. Uma compreensão completa do sofrimento vivenciado pela paciente, do seu passado social e do seu futuro são tão importantes para a cura como a cirurgia. Neste manual, concentramo-nos nos aspetos físicos da prestação de cuidados, uma vez que toda a empatia demonstrada para com a paciente é inútil se não pudermos aliviar o seu estado de incontinência permanente como primeiro passo. Para uma descrição da abordagem holística da paciente com fístula, remetemos o leitor para o recente manual da OMS descrito no Anexo A.

Para obter mais informações, aceda ao website da FIGO:

<https://www.figo.org/what-we-do/obstetric-fistula/fistula-surgery-training-initiative>

1 FÍSTULAS OBSTÉTRICAS: CAUSA E NATUREZA; O COMPLEXO DE FÍSTULAS OBSTÉTRICAS; CLASSIFICAÇÃO

Compreender a causa e a natureza das fístulas vesicovaginais

A definição médica formal de uma fístula consiste numa “comunicação entre duas superfícies epiteliais”.

Uma fístula pode surgir em qualquer parte do corpo, pelo que o nome de cada fístula é puramente descritivo, referindo-se às duas superfícies epiteliais que estão unidas, por exemplo:

1. Fístula traqueoesofágica. Neste caso, a comunicação ocorre entre a traqueia e o esófago.
2. Fístula enterocutânea. A comunicação dá-se entre o intestino e a pele.

Assim, uma FVV é uma fístula vesicovaginal: uma comunicação entre a bexiga e a vagina, enquanto uma FRV é uma fístula retovaginal. Trata-se de uma comunicação entre o reto e a vagina.

Por norma, as fístulas do trato genital têm origem obstétrica, pelo que são frequentemente designadas, em termos genéricos, por “fístulas obstétricas”. As fístulas vesicovaginais (FVV) obstétricas são simplesmente causadas por um trabalho de parto obstruído não resolvido. Cerca de 5% das mulheres entram em trabalho de parto obstruído devido a uma desproporção cefalopélvica, um mau posicionamento ou uma má apresentação fetal.

Durante a obstrução, a pressão prolongada da cabeça do bebé contra a parte de trás do osso púbico produz uma necrose isquémica dos tecidos moles intervenientes, ou seja, de uma parte do trato genital e da bexiga. (Figura 1.1)

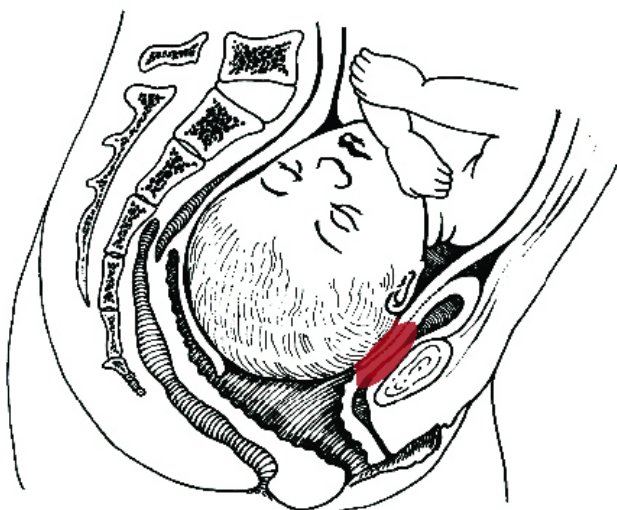


Figura 1.1

A zona de cor vermelha é frequentemente a primeira a sofrer necrose isquémica. O compartimento posterior (reto e vagina) necrosa frequentemente mais tarde.

Num trabalho de parto suficientemente prolongado, o bebé morre quase sempre. Após a morte, a pressão intracerebral diminui, o crânio colapsa e a mãe acaba por dar à luz um nado-morto (se, de facto, sobreviver tanto tempo, o que não acontece com muitas mulheres).

Quando a cabeça do bebé fica presa no fundo da pélvis, o local mais comum de lesão isquémica é a junção uretrovesical, mas também podem ocorrer lesões noutras posições do trato geniturinário, isoladamente ou em conjunto como um defeito de grandes dimensões. Em casos mais graves, a parte anterior da bexiga é danificada e sai, deixando uma fístula chamada circunferencial. (Figura 1.2a–c)

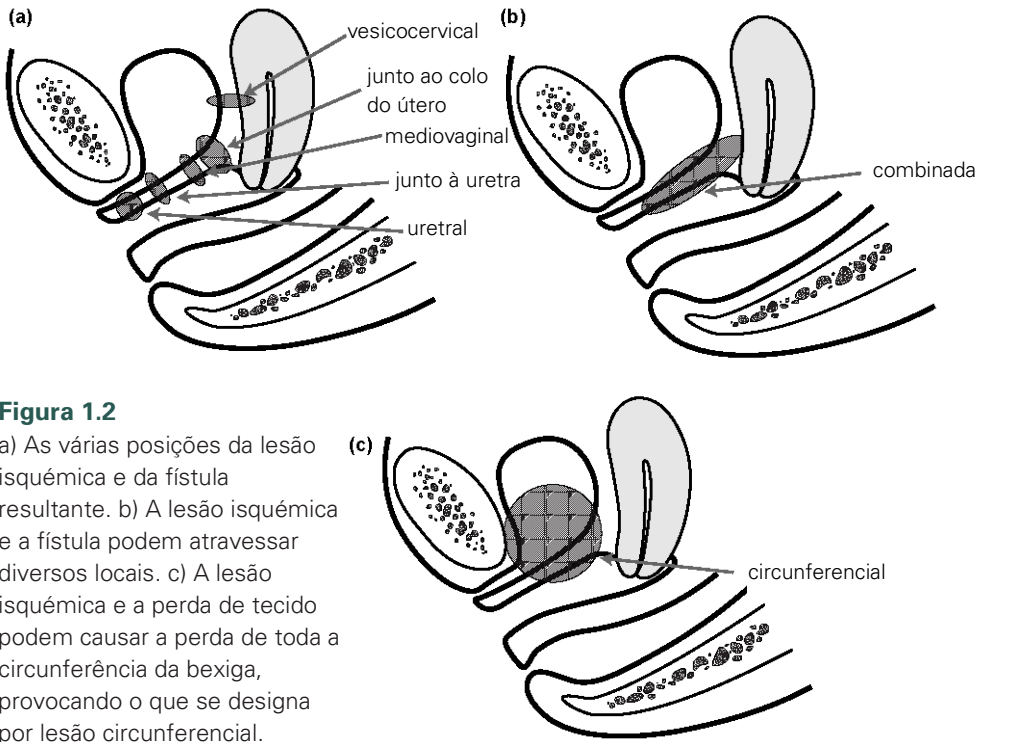
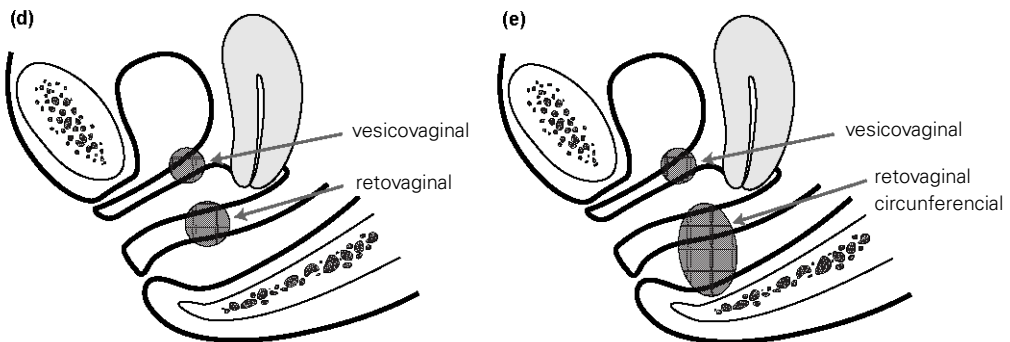


Figura 1.2

a) As várias posições da lesão isquêmica e da fístula resultante. b) A lesão isquêmica e a fístula podem atravessar diversos locais. c) A lesão isquêmica e a perda de tecido podem causar a perda de toda a circunferência da bexiga, provocando o que se designa por lesão circunferencial.

d) A vagina posterior, o reto e o ânus também podem ser afetados.

e) Nos casos mais graves, o defeito no reto pode ser circunferencial.



A extensão da lesão depende da duração do trabalho de parto, da intensidade das contrações e da força da mãe para sobreviver a esta provação. Nos casos mais graves, a isquemia afeta toda a parede anterior da vagina, a base da bexiga, grande parte da uretra e, por vezes, também a parede posterior da vagina e o reto, levando à perda maciça da vagina, do trato urinário e do reto. (Figura 1.2d) Os tecidos do reto podem perder-se circunferencialmente, da mesma forma que a bexiga. (Figura 1.2e) Em casos extremos, a bexiga e a vagina são completamente destruídas e, no pior dos casos, o ânus e o reto também. São comuns vários graus de estenose vaginal. O tecido necrótico desaparece ao longo de alguns dias ou semanas e o tecido que resta apresenta lesões graves. A cicatriz ganha forma e contrai-se durante a cicatrização. Nos casos mais extremos, a vagina perde-se completamente, restando uma cicatriz sólida que oblitera o orifício vaginal.

O local exato, o tamanho e a quantidade de cicatriz dependem da posição da cabeça do bebê ou da zona de apresentação quando fica presa, bem como da duração da obstrução.

Os tecidos isquêmicos demoram entre três e dez dias a necrosar, formando a fístula ou as fístulas. A incontinência tem então início, com perdas de urina durante todos os minutos do dia e, em caso de fístula retal, também perdas de fezes e flatos. É mais frequente tratar-se de uma fístula do trato urinário, sendo que cerca de 10% das fístulas são combinadas com uma fístula retovaginal. Só em circunstâncias especiais é que se observa uma FRV sem uma FVV (consulte o Capítulo 7 – Fístulas retovaginais).

A mãe deverá estar extremamente fraca e, muitas vezes, inconsciente. Algumas mulheres demoram um ou dois dias a acordar e uma a duas semanas a recuperar a mobilidade.

Muitas mães já morreram de exaustão ou rutura do útero em caso de obstrução não aliviada. As pacientes com fístula são as que sobreviveram.

O complexo de lesões por trabalho de parto obstruído

Uma paciente com fístula sofre de muito mais do que um orifício na bexiga. A pessoa é afetada no seu todo. É fundamental compreender o impacto total das lesões no bem-estar físico e mental da paciente.

O “complexo de lesões por trabalho de parto obstruído” é um termo que designa uma vasta gama de lesões que podem ocorrer numa paciente com fístula obstétrica. Um outro termo utilizado para descrever a fístula consiste em “lesão de campo”, porque o processo isquémico não afeta apenas os tecidos da bexiga e da vagina ou do reto e da vagina. Na realidade, pode afetar todos os tecidos da pélvis, ou seja, o trato urinário, o trato genital/canal alimentar terminal, bem como os ossos, os nervos e os músculos. As lesões e a perda de tecido nestas estruturas podem ser designadas por condições primárias da lesão de campo. Posteriormente, como a paciente é incontinente, a lesão dá origem a várias outras condições que apelidamos de secundárias.

Condições primárias

Fístulas vesicovaginais (FVV)

Uma fístula vesicovaginal (FVV) representa uma comunicação entre a vagina e o trato urinário, quase sempre com envolvimento da bexiga, frequentemente da uretra e, mais raramente, do

uréter. Por vezes, a comunicação ou a fístula ocorre entre a bexiga e o colo do útero, ou mesmo entre a bexiga e o colo uterino. Continuamos a utilizar o termo FVV, embora, se quisermos ser rigorosos, devamos utilizar FUV para uma fístula uretrovaginal e FCV para uma fístula cervicovesical.

A FVV é o motivo da consulta em 79-100% das pacientes. As fístulas iatrogénicas após cesarianas, histerectomias e histerectomias por cesariana estão a aumentar à medida que mais mulheres têm acesso aos serviços de saúde. Em algumas séries realizadas na África Oriental, estas fístulas representam atualmente 20-25% de todas as fístulas apresentadas. Por norma, situam-se em locais mais elevados da vagina, sendo muitas vezes pequenas fístulas localizadas na cúpula vaginal após histerectomia, ou situam-se no colo uterino ou nos tecidos adjacentes após cesariana.

Fístulas retovaginais (FRV)

As fístulas retovaginais (FRV) podem coexistir com as FVV em casos mais graves de isquemia. A incidência de fístulas combinadas varia entre 1% e 21%. As FRV isoladas resultantes de partos obstruídos são raras (cerca de 3 em 1000 casos). As FRV isoladas são mais prováveis devido a lacerações perineais de quarto grau mal reparadas e a traumas, ou mesmo traumas sexuais em raparigas jovens pouco desenvolvidas.

Laceração perineal

As lacerações perineais ocorrem mais frequentemente após um parto normal. Nesse caso, não são causadas por obstrução (consulte o Capítulo 8), mas podem ocorrer com uma FVV e, por vezes, com uma FVV e uma FRV combinadas. É provável que, quando o nado-morto acabe por nascer, o períneo edematoso se rasgue em vez de se esticar, deixando a paciente também com esta lesão adicional.

Fístulas ureterais

As fístulas ureterais surgem de duas formas:

- Envolvimento da junção ureterovesical no processo isquémico, de modo que o uréter drena diretamente para a vagina, afastando-se da margem da fístula da bexiga.
- Mais frequentemente, por lesão operatória durante uma cesariana ou uma histerectomia de emergência devido a uma rutura do útero. Curiosamente, a lesão é quase sempre do lado esquerdo. Estes casos estão a aumentar nas unidades de fístula.

Lesões renais

Algumas pacientes com fístulas desenvolvem cicatrizes na pélvis, causando uma estenose do uréter inferior que conduz a hidronefrose e à perda da função renal. Numa série, 49% das pacientes apresentavam algum tipo de lesão do trato renal superior no pielograma intravenoso (PIV), desde hidroureter a rim não funcional.

Lesões do trato genital

O processo isquémico pode destruir os tecidos da vagina, do colo uterino e até do útero. Os tecidos entram em necrose e formam cicatrizes. Tudo isto dá origem a vários graus de estenose vaginal, perda do colo uterino e do canal anterior e, ocasionalmente, estenose cervical grave que conduz a hematometra. Excecionalmente, todo o útero entra em necrose, em conjunto com a vagina.

Lesões nervosas

Muitas pacientes com fístulas sofrem lesões por compressão do plexo lombossacral. Várias pacientes queixam-se de dores fortes nos membros inferiores, com irradiação a partir da região lombar. A causa é muito provavelmente neurológica e é resistente a analgesia simples, com o tempo e a fisioterapia a ajudarem. A manifestação mais comum da lesão nervosa consiste no pé caído resultante do envolvimento da raiz L5. Todos os graus menores são facilmente ignorados. Cerca de 90% das pacientes com pé caído recuperam lentamente, mas infelizmente o processo pode demorar até 2 anos. Nos casos mais graves de isquemia pélvica, a paciente pode ficar paraplégica logo após o parto, mas também acaba por recuperar (à exceção do pé caído prolongado). Com a perda do reflexo anal, pode ocorrer a anestesia em sela, além de existir o risco de escaras de decúbito.

Lesões musculares e fasciais

Os músculos elevadores, especialmente os pubococcígeos, bem como o suporte fascial pélvico, estão sujeitos a lesões isquêmicas quando são esmagados contra os ramos púbicos inferiores. Em casos graves, todo o complexo elevador pode entrar em necrose, deixando uma “pélvis vazia”.

Lesões ósseas

Em cerca de 30% dos casos de fístula obstétrica, as radiografias pélvicas revelam danos na região da sínfise púbica, obliteração ou separação da sínfise ou, por vezes, áreas de erosão óssea ou osteófitos.

Condições secundárias

Consequências sociais

As consequências sociais da fístula obstétrica podem ser tão devastadoras para a paciente como os sintomas de incontinência. Muitas mulheres são ostracizadas pelas respectivas famílias e comunidades. As atitudes em relação às pacientes com fístula variam de região para região: em algumas áreas, a família pode dar muito apoio. No entanto, quanto mais tempo a mulher tiver uma fístula, mais provável é que o marido se divorcie dela. Muitas pacientes não podem socializar ou ir a mercados, igrejas, mesquitas ou reuniões da comunidade, vivendo uma vida de exclusão.

Saúde mental

Não surpreende que muitas pacientes com fístula estejam gravemente deprimidas. Um nado-morto seguido de incontinência e ostracismo social é demasiado difícil de suportar. Quando questionadas à chegada ao hospital com um teste de despistagem, 100% das pacientes na Etiópia dão positivo para potenciais perturbações psicológicas. Cerca de 40% pensam seriamente em procurar o suicídio ou já tentaram fazê-lo. É interessante referir que, à saída do hospital após o tratamento, 30% das pacientes apresentam resultados positivos para potenciais perturbações psicológicas. Esta é também a taxa da população saudável de base. Em definitivo, secar a paciente pode contribuir muito para melhorar a saúde mental, mas a euforia imediata que as pacientes sentem com a cura pode ser de curta duração. Vários estudos realizados no Quênia demonstraram que, ao regressarem a casa e procurarem restabelecer as suas vidas, os problemas e as questões de saúde mental voltam a surgir. Uma paciente pode apresentar sintomas de perturbação de stress pós-traumático, tendo passado por um trauma e perdido o filho, o marido e a posição que ocupava na sociedade. Muitas vezes, a paciente apresenta uma fraqueza física

residual. Ainda há muito trabalho a fazer, sendo necessário conceber mais programas para ajudar as mulheres com problemas de saúde mental persistentes.

Dermatite urinária

Muitas pacientes restringem o consumo de bebidas e acabam por ter uma urina muito concentrada. Quando a paciente é incontinente, os fosfatos e nitratos da urina irritam a pele, causando hiperqueratose local e ulceração secundária. A cura passa por tratar a incontinência, mas a condição melhora se a paciente puder beber mais líquidos e diluir a urina. A urina diluída não irrita a pele, nem emite tanto cheiro. As substâncias de barreira, como a vaselina, podem ajudar, mas quanto mais cedo for resolvido o problema de incontinência, melhor.

Cálculos vesicais

A urina concentrada predispõe a paciente a depósitos na bexiga que podem atuar como nicho para a formação de cálculos. Estes podem tornar-se grandes e causar dor, hematúria e odor de cistite crônica.

Algumas mulheres podem ter um corpo estranho introduzido na bexiga por um curandeiro tradicional ou por si próprias, numa tentativa de interromper o fluxo de urina. Estes objetos incluem tecidos, material vegetal e até pequenas pedras. Podem formar-se cálculos à volta destes corpos estranhos.

Contraturas

Até 2% das pacientes com fístula na Etiópia sofrem de contraturas graves nos membros inferiores, raramente observadas noutros países. Estas contraturas ocorrem depois do parto, porque a paciente fica frequentemente deitada na cama com as pernas juntas, tentando parar o fluxo de urina. As pacientes podem permanecer nesta posição durante meses, ou mesmo anos, resultando em contraturas difusas. Por norma, este tipo de casos está associado ao pé caído. Talvez a paciente tenha tido dificuldade em mobilizar-se devido ao pé caído e esta situação tenha contribuído para as contraturas.

Desnutrição

Na Etiópia, em particular, a negligência e a depressão levam à desnutrição de algumas pacientes, com uma queda do índice de massa corporal (IMC). Numa série não publicada pelo autor, o IMC médio entre as pacientes com fístula no norte da Etiópia era de 19. Este parece ser um problema menos comum noutros países afetados pela ocorrência de fístulas.

Infertilidade

Muitas pacientes com fístula (até 60%) têm amenorreia depois do parto. Isto tem várias causas, na sua maioria supratentoriais, por exemplo, o stress mental grave de perder um filho e um marido, juntamente com a vergonha da incontinência, faz com que as pacientes deixem de menstruar. A desnutrição também pode ser um fator. Um pequeno número de pacientes terá a síndrome de Sheehan, ou necrose da hipófise anterior, devido a choque prolongado durante o parto. A diminuição resultante da hormona foliculoestimulante (FSH) e da hormona luteinizante (LH) conduz à amenorreia. A síndrome de Ashermann (desenvolvimento de cicatrizes no endométrio devido a infeções repetidas ou, talvez, à presença de urina na cavidade endometrial) é outra causa. Estas mulheres podem ter níveis hormonais normais, mas o endométrio não reage aos mesmos. Se o canal cervical e/ou a vagina estiverem estenosados e ocluídos, podem ocorrer situações de criptomenorreia, ou menstruação oculta, levando a hematometra. Por fim, não devemos esquecer que a mulher pode estar a tomar injeções de progesterona para contraceção, o que leva à amenorreia, ou pode ter sido submetida a uma histerectomia por cesariana no

momento do parto. Muitas vezes, estas mulheres não são informadas de que foram submetidas a uma histerectomia e, por isso, não têm conhecimento.

Resultados reprodutivos

A gravidez bem-sucedida em mulheres com fístulas obstétricas é bastante rara pelas razões acima referidas. Apenas cerca de 20% das pacientes pós-reparação conseguem alcançar uma gravidez de termo. Se uma paciente engravidar, tem fortes probabilidades de sofrer um aborto espontâneo ou de prematuridade. Algumas pacientes apresentam um grau de síndrome de Ashermann em que o revestimento do útero foi afetado e as camadas basais do endométrio já não têm capacidade regenerativa em cada período. Crê-se que isto pode ser o resultado da urina dentro do útero com a fístula ou de infecções repetidas. Pode levar a uma placentação deficiente que, por sua vez, conduz a um aborto espontâneo.

Podem ter perda de gravidez mais tardia resultante da incompetência cervical. Muitas vezes, o lábio anterior do colo uterino está tão danificado que não é suficientemente forte para manter uma gravidez até ao fim. Por vezes, o colo uterino anterior chega mesmo a necrosar e está completamente ausente. Outras pacientes apresentam uma estenose vaginal suficientemente grave para impedir a relação sexual.

Outras causas de incontinência

Não diretamente relacionadas com partos obstruídos

Em países devastados pela guerra, a violência sexual é uma causa trágica de lesões do trato genital, por vezes fístulas. Os princípios de tratamento são os mesmos que os princípios das fístulas obstétricas.

Qualquer pessoa que trabalhe em países afetados por fístulas irá deparar-se com pacientes com causas diversas de incontinência. Estas incluem:

- Anomalias congénitas, incluindo ectopia vesicae, epispadias e ureteres ectópicos (normalmente como parte de um sistema duplex)
- Causas neurológicas, como espinha bífida
- Carcinoma avançado do colo uterino na origem de uma fístula
- Fístulas ureterais produzidas durante operações ginecológicas eletivas
- Condições de prolapso genital
- Incontinência urinária de esforço
- Bexiga hiperativa
- Incontinência mista
- Retenção urinária com regurgitação.

O tratamento deste tipo de situações (para além das lesões ureterais e da incontinência persistente após reparação da fístula) está fora do âmbito deste livro.

Outras causas da fístula do trato genital

A grande maioria das fístulas do trato genital é causada por partos prolongados e obstruídos, mas existem muitas outras causas.

Nos últimos anos, temos assistido a um número muito mais significativo de fístulas causadas pelos próprios médicos: as fístulas iatrogênicas. Como já foi referido, estas representam 20-25% de todas as fístulas apresentadas em alguns locais. Muitas ocorrem depois de uma cesariana e, por norma, depois de um trabalho de parto curto e do nascimento de um bebé vivo, estando localizadas no colo uterino anterior ou logo abaixo do mesmo. (Fig. 1.3a-d)

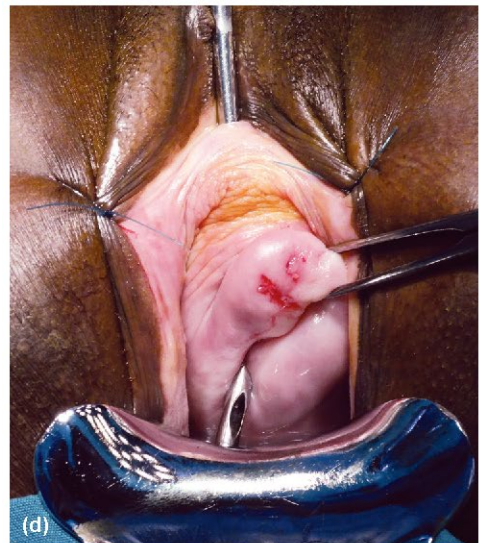
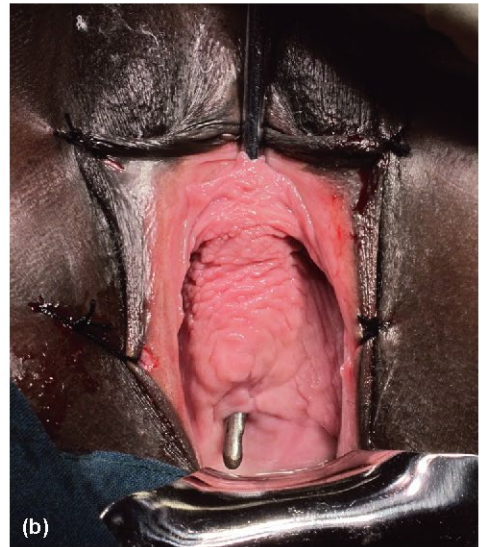
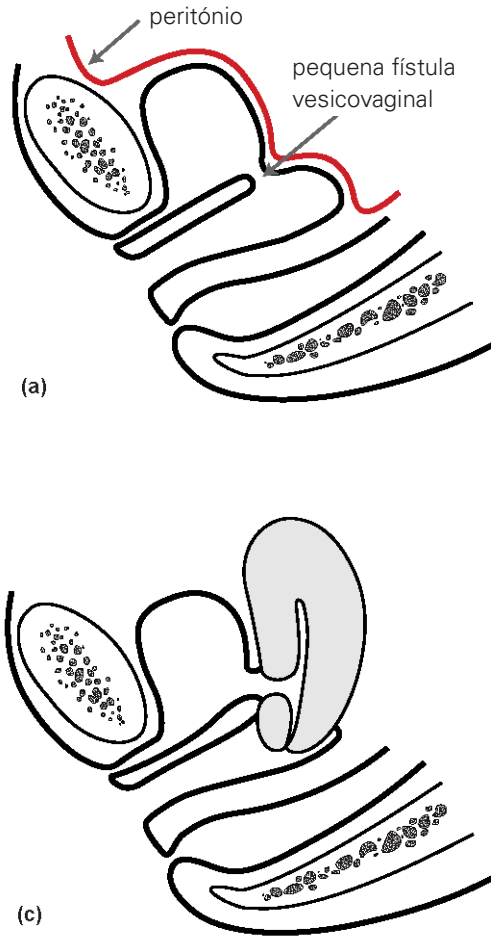


Figura 1.3

Por norma, as fístulas iatrogênicas são pequenas e não apresentam cicatrizes. a) e b) mostram uma fístula da cúpula vaginal causada por uma histerectomia, e c) e d) mostram uma fístula através do colo uterino que pode ser causada por uma cesariana.

Mesmo depois de uma cesariana eletiva sem trabalho de parto, é possível ver muitas fístulas. Isto é compreensível quando as cesarianas são frequentemente efetuadas com pouca iluminação ou com equipamento cirúrgico avariado e os próprios cirurgiões não têm uma formação estruturada ou não estão devidamente qualificados. Um erro que vejo com regularidade é o facto de o cirurgião não refletir a bexiga na cesariana e incorporar depois a bexiga no segmento inferior durante a reparação. Já tive várias pacientes que me foram encaminhadas depois de a própria bexiga ter sido cosida por engano diretamente na parte superior da incisão do segmento inferior e a parte inferior do segmento inferior ter sido deixada aberta. Desta forma, o útero não foi reparado de todo. Simplesmente a bexiga foi cosida na parte superior! As pacientes apresentaram hemorragias contínuas provenientes da incisão não reparada do segmento inferior.

Durante a histerectomia, pode ocorrer uma fístula iatrogénica se a bexiga não for bem refletida e for suturada na cúpula vaginal e/ou se o uréter for suturado na cúpula vaginal. Já tive algumas pacientes com ambos os ureteres suturados na vagina. Estes problemas ocorrem mais frequentemente após a realização de histerectomias difíceis por causa de miomas de grandes dimensões e, claro, após a realização de histerectomias por cesariana difíceis.

Esta é uma tendência muito preocupante. Temos vindo a educar as mulheres para a necessidade de terem os bebés no hospital por forma a evitar fístulas. As mulheres estão a fazer o que é correto, mas acabam por ganhar fístulas nas nossas mãos.

Se existe algo de positivo nestas fístulas é o facto de serem relativamente curáveis. Por norma, são pequenas, situam-se na parte superior da vagina (longe dos mecanismos da uretra/continência) e apresentam poucas ou nenhuma cicatrizes.

Outras causas incluem infeções, por exemplo, tuberculose, trauma, cancro e radioterapia.

Classificação das fístulas obstétricas

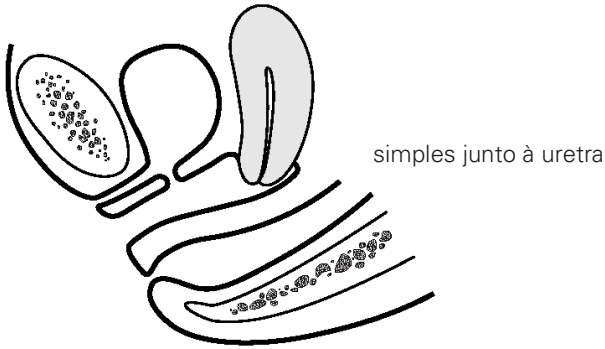
Apesar de muito debate, não existe um sistema de classificação universalmente aceite, o que é compreensível, porque grande parte da avaliação é subjetiva. Para uma classificação ser pertinente, a mesma deve ser prognóstica, útil para decidir o que é necessário na reparação e útil em ensaios clínicos, além de permitir que os cirurgiões comuniquem entre si. A maioria dos cirurgiões baseia a classificação em termos descritivos simples que envolvem três fatores:

- Local
- Tamanho
- Cicatrizes.

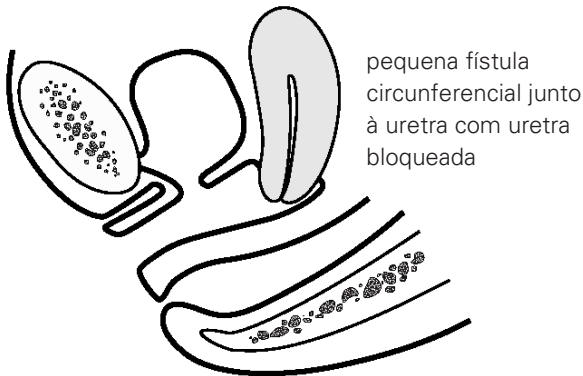
Local da fístula

Junto à uretra

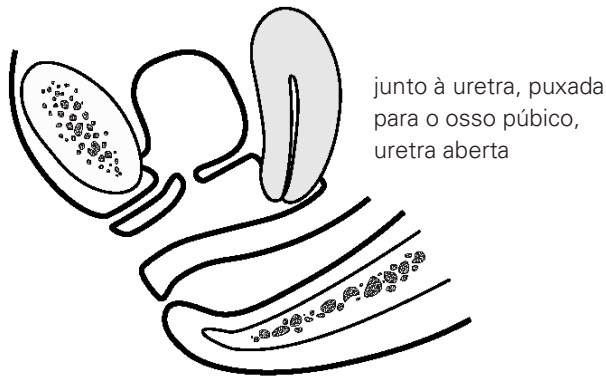
A localização mais comum situa-se junto à uretra, ou seja, na junção uretrovesical. (Figuras 1.4-1.6) Nesta situação, verifica-se quase sempre a perda de alguma uretra proximal. A isquemia ligeira produz apenas um orifício simples, mas a isquemia prolongada causa perda de tecido circunferencial, com a uretra e a bexiga a ficarem separadas numa extensão variável.

**Figura 1.4**

Uma fístula simples junto à uretra.

**Figura 1.5**

Uma pequena fístula circunferencial junto à uretra. Existe um vazio entre a uretra e a bexiga em toda a volta, a nível anterior, posterior e lateral em ambos os lados. A uretra está frequentemente bloqueada (conforme ilustrado aqui), mas nem sempre é esse o caso.

**Figura 1.6**

Outra pequena fístula circunferencial junto à uretra. Esta fístula está puxada para cima em direção ao osso, o que dificulta o acesso durante a operação. Neste caso, a uretra está aberta, não tendo sido bloqueada por nenhuma cicatriz, apesar de essa ser uma situação que ocorre com frequência.

Mediovaginal

Não é muito comum existirem pequenos defeitos situados a 4 cm ou mais do orifício uretral externo, mas os mesmos são muito fáceis de reparar. Os defeitos maiores podem estender-se até ao colo uterino e lateralmente até aos ramos púbicos.

Junto ao colo do útero

As fistulas junto ao colo do útero, ou seja, as fistulas na região do colo uterino (Figura 1.7), são comuns em pacientes múltiparas e pacientes submetidas a partos por cesariana. As pacientes que começam a fazer força durante o trabalho de parto antes de o colo uterino estar completamente dilatado são propensas a fistulas na região cervical.

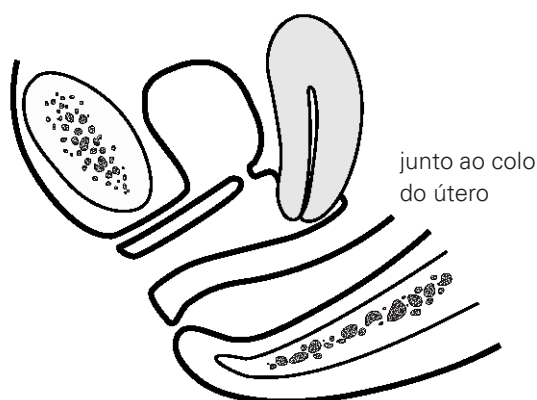


Figura 1.7

Uma fistula simples junto ao colo do útero.

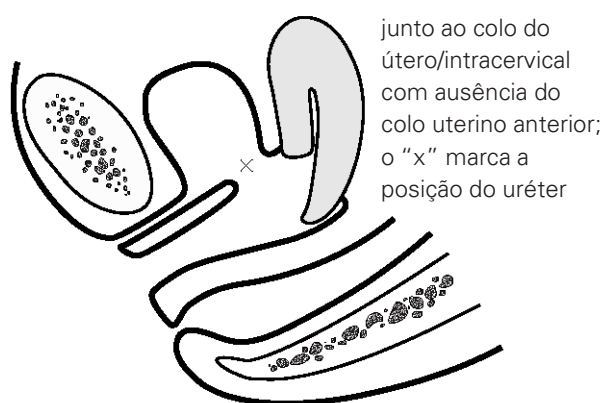


Figura 1.8

Uma fistula junto ao colo do útero/intracervical. A cruz indica a localização aproximada do útero. A parte anterior do colo uterino está frequentemente lacerada ou ausente, conforme ilustrado aqui.

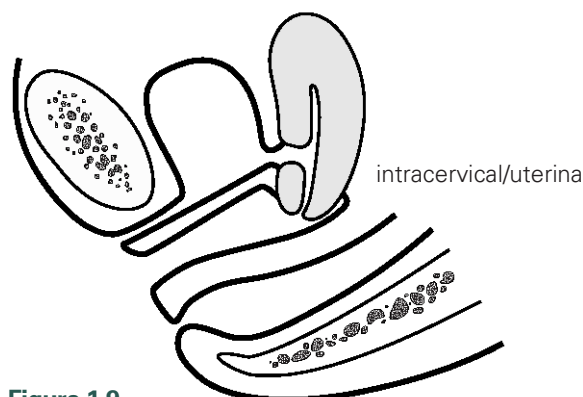


Figura 1.9

Uma fistula intracervical ou intrauterina é designada por cervicovesical ou uterovesical. Normalmente, estas encontram-se acima dos orifícios ureterais.

Por vezes, o defeito estende-se até ao canal cervical, onde o canal cervical anterior está completamente ausente ou lacerado. (Figura 1.8) Muitas vezes, estas fistulas estão associadas a cesarianas e podem resultar de uma laceração vertical ocorrida durante a cesariana no segmento inferior, com uma lesão vesical associada. Podem ser iatrogénicas, uma vez que o cirurgião pode ter suturado erradamente a bexiga à parte superior da incisão do segmento inferior e não ter reparado efetivamente ambas as extremidades da incisão (o problema descrito acima em “Outras causas da fistula do trato genital”).

Intracervical

As fistulas intracervicais, ou seja, as fistulas entre a bexiga e o canal cervical (Figura 1.9), não são muito comuns. Seguem-se quase sempre a uma cesariana. Poderá existir um histórico de parto relativamente curto e um bebé vivo, o que sugere uma causa iatrogénica.

Circunferencial

Quando a bexiga está completamente separada da uretra, utiliza-se o termo “fistula circunferencial”. (Figura 1.10) A uretra está quase sempre envolvida de alguma forma, sendo que a extensão do descolamento varia desde um nível mínimo, com uma bexiga de capacidade normal, até um nível extremo, em que a bexiga praticamente desapareceu. O tipo intermédio mais comum é reconhecido clinicamente pela palpação do osso na parte posterior da sínfise púbica. Nestes casos, uma grande parte da parede vaginal anterior e a base da bexiga são destruídas.

Fístulas diversas

Por norma, as fistulas da cúpula vaginal são iatrogénicas e podem ser produzidas durante uma histerectomia de emergência por rutura do útero ou uma histerectomia eletiva (Fig. 1.3a e b).

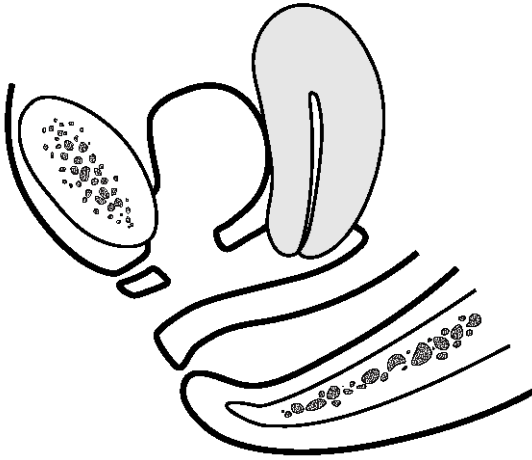


Figura 1.10

Fístula circunferencial. O defeito pode ser pequeno, conforme apresentado nas Figuras 1.5 e 1.6, ou maior, envolvendo a maior parte da uretra e da bexiga.

O carcinoma localmente avançado do colo uterino (câncer em estágio IV) pode causar uma fístula urinária.

Tamanho da fístula

As fístulas podem ser:

- Minúsculas (admitindo apenas uma pequena sonda)
- Pequenas (0,5-1,5 cm)
- Médias (1,5-3 cm)
- Grandes (>3 cm), normalmente envolvendo a perda da maior parte da parede vaginal anterior
- Extensas, ou seja, com uma perda significativa da bexiga e da uretra. Muitas vezes, são circunferenciais, com um vazio grande entre a bexiga e a uretra.

Cicatrizes

As cicatrizes variam de um nível mínimo (as margens da fístula são macias e móveis) a um nível extremo (as margens da fístula e a vagina circundante são rígidas e fixas). As cicatrizes podem também afetar a parede lateral e posterior da vagina, dando origem a uma estenose completa em casos extremos. A estenose vaginal pode afetar o canal proximal ou distal ou pode prolongar-se por toda a parte. O local mais comum consiste numa faixa rígida de cicatrizes situada na parede vaginal posterior ao nível médio da vagina.

As cicatrizes são o principal inimigo: qualquer fístula que tenha uma cicatriz significativa não deve ser tratada por principiantes.

Sistemas de classificação

Judith Goh e Kees Waaldijk apresentaram recentemente duas propostas para padronizar a classificação.

Sistema de Goh

A classificação de Goh baseia-se em três variáveis:

- O comprimento da uretra (tipos 1-4)
- O tamanho da fístula (a-c)
- O grau das cicatrizes (i-iii).

Comprimento da uretra

Tipo 1: Extremidade distal da fístula >3,5 cm do orifício uretral externo (OUE), ou seja, a uretra não está envolvida.

Tipo 2: Extremidade distal a 2,5-3,5 cm do OUE.

Tipo 3: Extremidade distal a 1,5-<2,5 cm do OUE.

Tipo 4: Extremidade distal <1,5 cm do OUE.

Tamanho da fístula

(a) Tamanho <1,5 cm

(b) Tamanho 1,5-3 cm

(c) Tamanho >3 cm.

Cicatrizes

- i. Sem fibrose ou fibrose ligeira à volta da fístula/vagina, e/ou comprimento da vagina >6 cm ou capacidade normal
- ii. Fibrose moderada ou grave à volta da fístula e/ou vagina, e/ou comprimento e/ou capacidade vaginal reduzidos
- iii. Considerações especiais, por exemplo, fístula circunferencial, caso repetido, envolvimento de orifícios ureterais.

Sistema de Waaldijk

A classificação proposta no livro de Waaldijk tem sido valiosa na previsão de resultados e no planeamento do tratamento, além de ser vital para a sua própria análise dos resultados. A classificação centra-se no envolvimento uretral e nos tipos de lesão uretral.

Tipo I: Fístulas ≥ 5 cm do OUE, pelo que não envolvem o mecanismo de encerramento. Estas apresentam um excelente prognóstico, porque a uretra e o colo da bexiga, tão importantes, estão intactos.

Tipo II: Fístulas que envolvem o mecanismo de encerramento (<5 cm do OUE):

A. Sem envolvimento (sub)total da uretra:

(a) Sem defeito circunferencial

(b) Com defeito circunferencial.

B. Com envolvimento (sub)total da uretra:

(a) Sem defeito circunferencial

(b) Com defeito circunferencial.

Tipo III: Fístulas diversas, por exemplo, ureterovaginal e outras fístulas excepcionais.

Alguns cirurgiões têm tido dificuldade em distinguir entre os tipos IIA e IIB, embora recentemente Waaldijk (numa comunicação pessoal) tenha clarificado esta questão ao definir as fístulas do tipo IIB como aquelas que apresentam um remanescente uretral inferior a 1,5 cm.

Foi realizado um trabalho de investigação comparativo dos dois sistemas, que conclui que o sistema de Goh consegue prever melhor o resultado final. Embora, de momento, o sistema de Waaldijk seja provavelmente o mais utilizado em África, costumamos utilizar a classificação de Goh, pois consideramos que esta é a melhor forma de obter conclusões clínicas objetivas. Como acontece com todos os sistemas, também este tem as suas deficiências, em especial se for utilizado incorretamente. Algumas das dificuldades detetadas incluem os seguintes aspetos:

- O comprimento entre o OUE e a margem da fistula é *muitas vezes estimado no pré-operatório*. O mesmo deve ser medido com a maior exatidão possível, uma vez que é importante ao nível da previsão do prognóstico e do tratamento. Por norma, só é possível efetuar uma medição correta no bloco operatório.
- A avaliação do grau das cicatrizes e do encurtamento da vagina é inevitavelmente subjetiva.
- Pode existir falta de consenso quanto aos elementos que constituem uma fistula circunferencial. Mesmo as pequenas fistulas junto à uretra podem estar ligeiramente separadas da bexiga, embora alguns cirurgiões reservem o termo “circunferencial” para os casos em que existe um espaço claramente palpável com osso entre a uretra e a bexiga.
- Os orifícios ureterais podem situar-se no interior, na extremidade ou fora da fistula, pelo que o envolvimento ureteral está aberto a uma interpretação subjetiva. O envolvimento estritamente ureteral deve ser reservado para as pacientes que necessitem de drenagem do uréter fora da bexiga e reimplantação do mesmo.

Desta forma, é possível que exista uma variação considerável entre os observadores. No entanto, se um cirurgião aplicar os mesmos critérios em todos os casos, é possível realizar uma auditoria significativa.

A título de exemplo, utilizámos esta classificação para confirmar as nossas suspeitas de que as piores fistulas ocorrem em pacientes primíparas e pacientes sujeitas a um parto vaginal.

Este sistema de classificação do tipo 1ai ao tipo 4ciii indica, de facto, um prognóstico cada vez pior, embora nem sempre seja uma indicação da dificuldade de reparação. Os casos do tipo 1ai apresentam o prognóstico mais favorável e, muitas vezes, são mais fáceis de reparar, mas uma pequena fistula inacessível na parte superior da vagina ou do canal cervical teria a mesma classificação e poderia representar um forte desafio ao nível do encerramento.

Para além disso, o cirurgião deve fazer uma estimativa do tamanho da bexiga, o que é efetuado mediante sonda calibrada no início da operação. Para efeitos de ajuste adicional, é necessário medir a capacidade funcional da bexiga durante o teste de coloração.

Um modelo descritivo

Na realidade, cada caso de fistula é único, existindo tantas variáveis que alguns cirurgiões consideram que nunca será possível obter uma classificação satisfatória. Em grande parte, a descrição de fistulas e a sua reparação só podem ser adquiridas mediante uma longa aprendizagem. Recomendamos a utilização de um modelo simples para a descrição figurativa de conclusões clínicas e detalhes cirúrgicos. Isto é muito útil para a comunicação entre cirurgiões a título individual e para efeitos de registo pessoal. Um desses modelos, comumente ensinado e utilizado, é ilustrado na Figura 1.11, onde a fistula é indicada em termos aproximados em tamanho e em posição relativamente à uretra e ao colo uterino. A quantidade de sombreado indica o grau das cicatrizes na vagina ou à volta das margens da fistula.

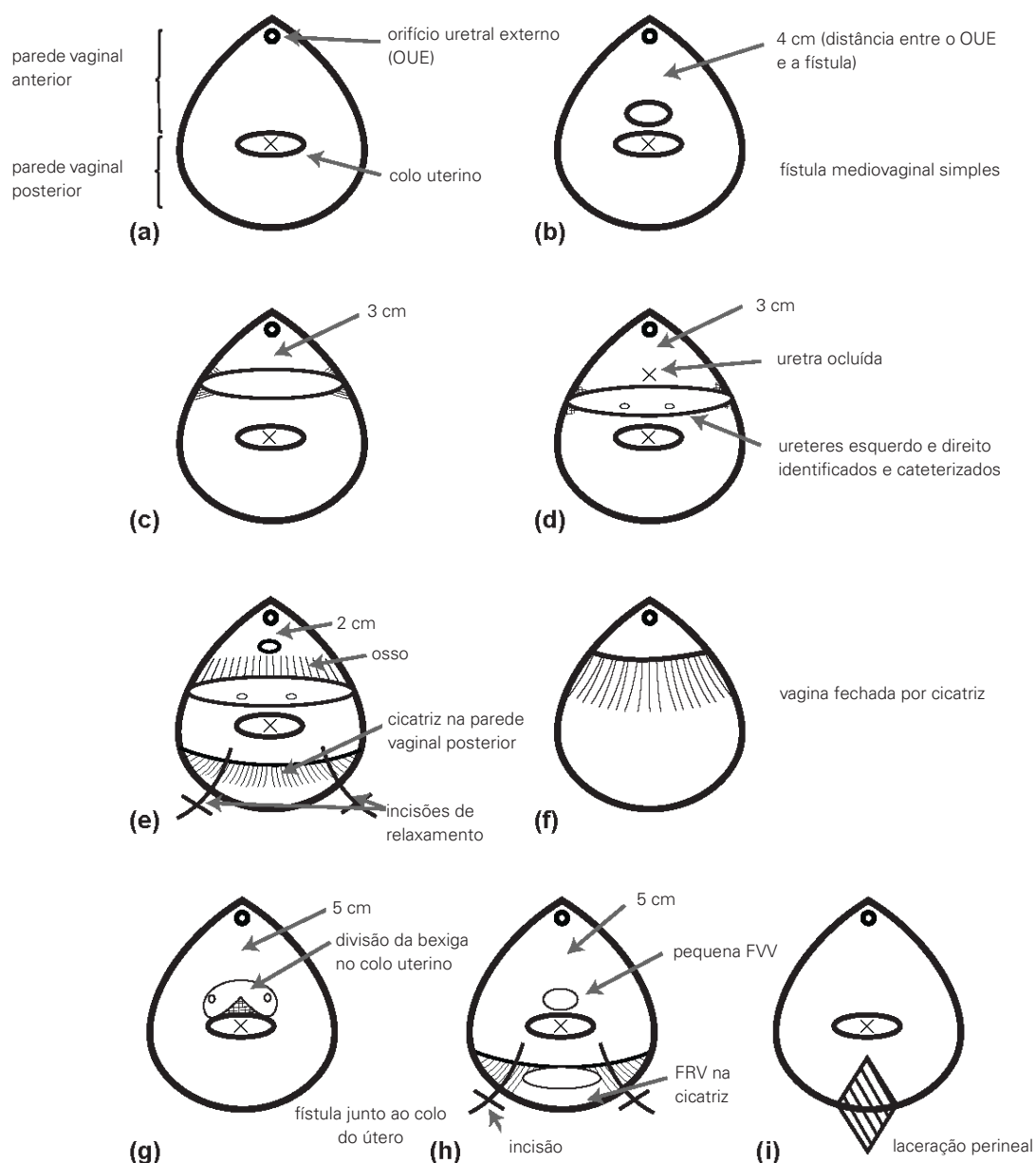


Figura 1.11

Desenhos esquemáticos de diferentes fístulas. a) Uma vagina normal. b) Uma fístula mediovaginal simples com registo do local (a distância entre o orifício uretral externo e a margem distal da fístula). c) Uma fístula maior colada às paredes laterais da pélvis com cicatriz. d) Uma fístula semelhante à c), mas os ureteres foram identificados e a uretra está bloqueada. e) Uma fístula circunferencial grande com o vazio ósseo entre a uretra e a bexiga. Existe um rebordo de cicatriz na parede vaginal posterior. As linhas ilustram que foram efetuadas duas incisões de relaxamento, uma de cada lado. f) A vagina foi totalmente ocluída pela cicatriz, impossibilitando o exame da fístula. g) Uma fístula no colo uterino com a bexiga descolada do colo uterino anterior. h) Uma pequena FVV com uma FRV num rebordo de cicatriz posterior. Foram efetuadas duas incisões de relaxamento. i) Uma laceração perineal de quarto grau.

Prognóstico

Os fatores críticos que afetam o prognóstico de uma fistula obstétrica são o comprimento da uretra, os tamanhos da fistula e da bexiga, bem como a quantidade de cicatrizes. Quase todos os defeitos podem ser fechados (embora a capacidade da bexiga possa ser reduzida). No entanto, se a uretra estiver envolvida, desnervada e parcial ou totalmente necrosada, o procedimento não irá funcionar e a paciente poderá ficar com uma incontinência de esforço total. Quanto mais curta for a uretra e maior for a cicatriz, maior é a probabilidade de incontinência de esforço. É possível reconstruir as uretras, mas a recuperação da função é muito mais difícil, pelo que o prognóstico para a continência não é favorável.

Documentação adicional

Arrowsmith S, Hamlin C, Wall L. Obstetric labour injury complex: obstetric fistula formation and the multifaceted morbidity of maternal birth trauma in the developing world. Artigo de revisão de EMC. *Obstet Gynecol Surv* 1996; **51**: 568–74.

Browning A. Risk factors for developing residual incontinence after vesicovaginal fistula repair. *Br J Obstet Gynaecol* 2006; **113**: 482–5.

Browning A, Fentenah W, Goh JTW. The impact of surgical treatment on the mental health of women with obstetric fistula. *Br J Obstet Gynaecol* 2007; **114**: 1439–41.

Capes T, Stanford EJ, Romanzi L, Foma Y, Moshier E. Comparison of two classification systems for vesicovaginal fistula. *Int Urogynaec J* 2012; **12**: 1679–85.

Cockshott WP. Pubic changes associated with obstetric vesico-vaginal fistulae. *Clinical Radiology* 1973; **24**: 241–7.

Goh JTW, Krause HG. *Female Genital Tract Fistula*. Brisbane: University of Queensland Press, 2004.

Goh JTW, Sloane KM, Krause HG, Browning A, Akhter S. Mental health screening in women with genital tract fistulae. *Br J Obstet Gynaecol* 2005; set. **112**(9): 1328–30

Waalwijk K. *Step by Step Surgery of Vesico-Vaginal Fistulas*. Edimburgo: Campion Press, 1994.

2 DIAGNÓSTICO

Registo do historial da paciente

São necessárias as seguintes informações:

- **Sintomas.** Confirme que a paciente está sempre molhada. Se estiver seca à noite, é provável que não tenha uma fistula (embora existam exceções – consulte “Teste de coloração” mais adiante neste capítulo). É necessário perguntar à paciente se existem perdas de fezes e urina. A não ser que seja extremamente pequeno, um orifício pequeno na bexiga apresenta tantas perdas como um orifício grande, mas algumas pacientes com fistula retal podem só se aperceber de que se sujam quando têm diarreia ou só se queixam de passar flatos através da vagina.
- **Idade.**
- **Paridade.** Se a paciente for multipara, que parto causou a fistula?
- **Há quanto tempo é que a paciente apresenta humidade?**
- **Tipo de parto.** O parto foi vaginal ou por cesariana?
- **Quanto tempo esteve em trabalho de parto?** A média é de cerca de três dias.
- **Onde é que o parto teve lugar?** Em casa, numa maternidade ou num hospital?
- **O bebé sobreviveu?** Quase todos os partos vaginais dão origem a um nado-morto, mas alguns bebés nascidos por cesariana estão vivos. Este facto sugere fortemente a existência de uma lesão iatrogénica.
- **Sintomas neurológicos.** A paralisia completa dos membros inferiores é rara, mas é razoavelmente comum surgirem níveis mais reduzidos de pé caído.
- **A mulher continua a menstruar?** A amenorreia é bastante comum após a ocorrência de partos tão traumáticos, mas se a paciente tiver sido sujeita a cesariana, é necessário suspeitar de uma histerectomia por rutura do útero. Algumas pacientes não sabem que perderam o útero.
- **Foram efetuadas tentativas para reparar a fistula?** Por vezes, as pacientes escondem esta informação por receio de serem rejeitadas e não terem outra oportunidade de serem operadas. Quanto mais vezes uma paciente for operada, menor é a probabilidade de cura.
- **Historial social.** A maioria das pacientes com uma fistula de longa duração são solteiras e têm uma vida muito limitada. Quanto mais tempo tiverem a fistula, mais provável é que estejam sozinhas e vivam uma vida de subsistência apoiada por familiares.

O registo do historial não ajuda muito a selecionar os casos mais simples. No entanto, existem alguns indícios que devem levantar a suspeita de uma lesão grave:

- A fraqueza neurológica (geralmente, casos de pé caído), mesmo que a paciente tenha recuperado, é indicativa desta situação.
- Por norma, as fistulas retais estão associadas a uma lesão grave da bexiga. Isto não se aplica às lesões do esfíncter anal, que ocorrem, muitas vezes, de forma isolada e não devem ser classificadas como fistulas retovaginais.

- As fístulas após cesariana situam-se frequentemente na região do colo uterino mediante a combinação de isquemia e trauma operatório.
- Por norma, as fístulas após histerectomia por rutura do útero ou por outras razões eletivas situam-se na cúpula vaginal. Nestes casos, considere também sempre a hipótese de fístula ureteral, em especial se a paciente urinar normalmente, mas também tiver perdas contínuas. A paciente urina normalmente a partir de um uréter que entra numa bexiga intacta e funcional e tem perdas contínuas a partir do outro uréter danificado, que vaza diretamente para a vagina. Uma vez, fui enganado. Uma paciente tinha lesões bilaterais nos ureteres, pelo que ambos vazavam para a vagina e nada fluía para a bexiga intacta.

Exame

Inspeção

O abdómen

Existem cicatrizes de cesariana ou outras cicatrizes?

É visível algum tipo de edema?

A paciente pode estar grávida! Em geral, a reparação deve ser evitada durante a gravidez, a não ser que essa seja a única hipótese real de a paciente ser tratada por um cirurgião competente. A hemorragia pode ser muito incómoda se a reparação for efetuada durante a gravidez, a não ser que esteja bem dentro da vagina. O parto deve ser efetuado por cesariana.

O períneo

- Procure por sinais de humidade evidente e dermatite urinária. (Figura 2.1) A dermatite é causada pela concentração de urina. Se não for possível operar de imediato, peça à paciente para beber mais líquidos. Algumas pessoas utilizam um creme de barreira simples, como a vaselina, mas quanto mais depressa a paciente se tornar continente, melhor.



Figura 2.1
Dermatite urinária.



Figura 2.2
Um caso grave com perda completa da uretra. O fundo da bexiga está a prolapsar através da fístula e a encher a vagina.

- É possível ver o orifício uretral? Em fístulas muito graves, o mesmo pode ser completamente destruído. (Figura 2.2)
- A vagina apresenta algum sinal de estenose? (Figuras 2.3 e 2.4)
- A vagina ou o períneo apresentam fezes? Isto indica um defeito retal/anal ou uma fístula.
- O períneo está intacto? Existem lacerações perineais?



Figura 2.3
Vagina estenosada.

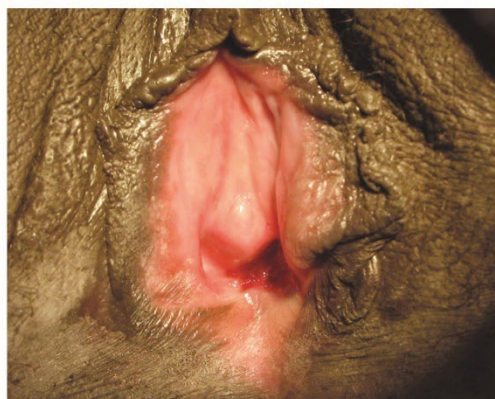


Figura 2.4
Vagina completamente fechada por uma cicatriz densa.

Palpação

Comece pelo abdômen, para excluir uma gravidez inesperada ou outros tipos de edema. Em seguida, proceda a um exame vaginal. Utilize suavemente o dedo indicador lubrificado.

- A vagina apresenta um tamanho e uma profundidade normais? É possível sentir o colo uterino? Existe algum tipo de estreitamento vaginal? Os graus mais pequenos são sentidos em qualquer profundidade da vagina como uma faixa de tecido fibroso à volta da circunferência lateral e posterior. Em casos extremos, toda a vagina está estenosada. Na presença de uma fístula, a parede anterior é frequentemente encurtada. Palpe cuidadosamente a parede posterior para detetar uma fístula retovaginal.
- É possível sentir um defeito na parede vaginal anterior? Este pode variar, desde um defeito grande, em que o dedo entra imediatamente na bexiga, até um defeito mais pequeno, que apenas admite um dedo, passando por um defeito menor, em que é possível sentir apenas uma covinha, ou mesmo pela ausência de defeito. Se for possível sentir um defeito, qual é a respetiva localização em relação à uretra e ao colo uterino? Se for possível sentir um defeito, analise cuidadosamente as margens. São macias e flexíveis, são algo rígidas ou (como acontece nos piores casos) estão coladas aos ramos púbicos?

- Nas pacientes com fístula, o colo uterino anterior está frequentemente lacerado. Muitas vezes, os defeitos desta região são difíceis de sentir, a não ser que sejam grandes. Nos casos em que foi registada a perda de uma grande quantidade de parede anterior, o colo uterino pode ser facilmente sentido na parte inferior da vagina. Lembre-se de que o colo uterino está, muitas vezes, danificado e o orifício externo pode estar aberto. Um erro comum dos principiantes passa por confundir um orifício cervical lacerado e aberto com uma fístula. Palpe o útero com as duas mãos. Estará aumentado devido a uma gravidez precoce ou a miomas? O útero pode estar fixado por uma cicatriz na parede abdominal anterior (comum após cesariana) ou pode estar ausente após histerectomia por cesariana.
- Palpe cuidadosamente a parede vaginal posterior para detetar um eventual defeito retal. Por norma, as fístulas retais estão associadas a cicatrizes vaginais e fístulas da bexiga graves. Ocasionalmente, são pequenas e moles e podem ser facilmente ignoradas ou ficar apenas escondidas atrás de uma faixa posterior de cicatriz. Em caso de suspeita de fístula retal, é necessário realizar um exame retal em busca de sinais de estenose no reto. Observe o corpo perineal e os esfíncteres anais para detetar eventuais lacerações.

Se preferível, é possível inspecionar a fístula. Para isso, a paciente deve estar na posição de litotomia, devendo ser utilizado um espéculo de Sims, embora alguns cirurgiões prefiram a posição de decúbito lateral esquerdo com a perna direita apoiada.

Se a paciente disser que está molhada, mas não for possível observar qualquer humidade ou fístula

Nesta situação, peça à paciente que beba bastantes líquidos (idealmente usando um penso ou uma gaze como penso) e depois volte a examiná-la. Tenha em atenção que muitas pacientes bebem muito pouco, especialmente se souberem que vão ser examinadas. Caso se confirme que a paciente está molhada, mas não seja possível sentir a fístula, proceda da seguinte forma:

- Com a paciente numa posição de decúbito lateral esquerdo, exponha a parede vaginal anterior com um espéculo de Sims. (Figura 2.5) Peça à paciente para tossir. A presença de uma pequena fístula pode tornar-se facilmente visível ou a paciente tem perdas pela uretra ao tossir, o que indica incontinência de esforço. Tenha em atenção que a paciente pode apresentar ambas as condições.
- Em alternativa, realize um teste de coloração nesta posição ou na posição apresentada na Figura 2.6.



Figura 2.5

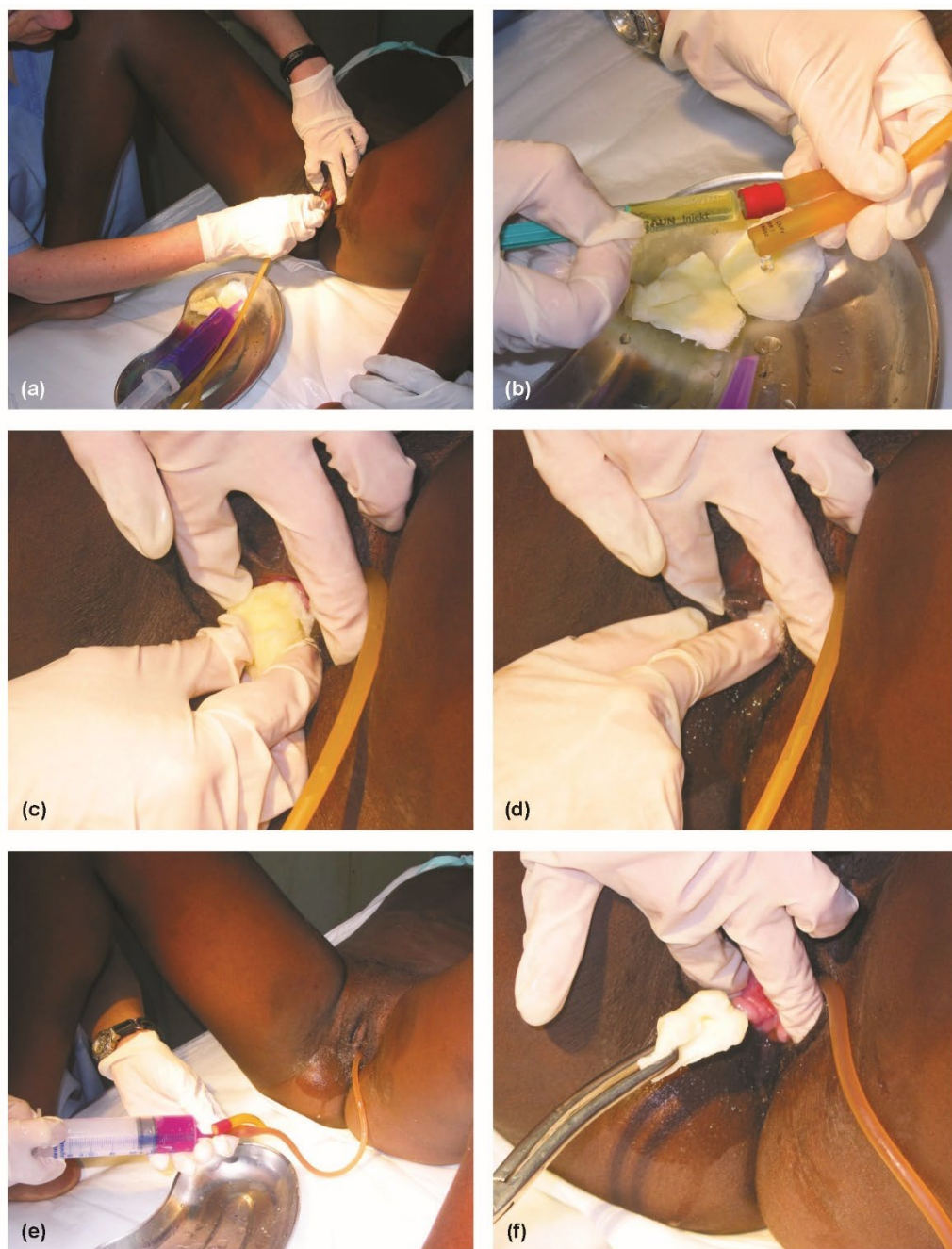
Exposição da parede vaginal anterior através de um espécuro de Sims com a paciente numa posição de decúbito lateral esquerdo.

Teste de coloração (Figura 2.6)

Deve ser utilizado azul de metileno diluído (ou violeta de genciana). Se o corante estiver demasiado concentrado, o mesmo irá manchar tudo, pelo que a interpretação do teste não será fácil.

1. Introduza um cateter.
2. Encha o balão do cateter com 5 ml de líquido e tenha duas ou três compressas húmidas prontas a introduzir na vagina.
3. Introduza bem as compressas na vagina.
4. Introduza lentamente cerca de 60 cm³ de corante.
5. Após 1 minuto, peça à paciente para tossir.
6. Remova as compressas uma a uma.
7. Se alguma das compressas estiver manchada, isso indica a presença de uma fístula.

8. Se nenhuma das compressas estiver manchada, ainda assim poderá existir uma fístula. Repita o teste utilizando um máximo de 200 cm³ de corante. Introduza as três compressas na vagina e remova o cateter. A paciente deve andar durante 30 minutos, ou mesmo até uma hora, enquanto o corante estiver na bexiga e as compressas estiverem na vagina, usando um penso para detetar eventuais perdas da uretra. Por vezes, o orifício é muito pequeno, em especial se estiver entre o colo uterino ou o útero e a bexiga, pelo que demora algum tempo até o corante sair. É fácil não reparar numa fístula minúscula. Passados 30-60 minutos, examine novamente a mulher na posição de litotomia, remova o penso e, em seguida, remova todas as compressas vaginais, verificando se o corante manchou alguma coisa. Se a existência de perdas no penso e, talvez, numa zona muito distal da compressa, é que pode indicar uma perda uretral (de esforço). Se as compressas vaginais estiverem manchadas, significa que existe uma fístula.
9. Se o segundo teste for negativo, mas a compressa vaginal proximal estiver molhada com urina clara, significa que existe uma fístula ureteral.

**Figura 2.6**

Teste de coloração. a) Inserção do cateter. b) O balão do cateter é insuflado e três compressas húmidas são inseridas na vagina (nota posterior: se estiver à procura de uma fistula ureteral, deve colocar compressas secas na vagina para ver se ficam molhadas com urina clara, mas este é um processo desconfortável. A colocação de compressas húmidas causa menos atrito e dor). c) e d) As compressas são inseridas bem no interior da vagina, espaçadas de cima para baixo. e) Um total com cerca de 60 cm³ de corante é inserido lentamente. f) As compressas são removidas uma a uma. A primeira compressa não fica manchada, mas, neste caso, g) a segunda fica, revelando uma fistula na parte média da vagina.



Fístulas ureterais

Um uréter pode ser danificado acidentalmente durante uma cesariana, mas é mais provável que a lesão ocorra durante uma histerectomia de emergência por rutura do útero. O uréter pode ser ligado e incluído na reparação do segmento inferior. Mais tarde, a urina começa a vazar pelo colo uterino. Após uma histerectomia, a urina pode vazar para a pélvis e, alguns dias depois, encontra uma saída entre as suturas da cúpula vaginal. Com o aumento da disponibilidade de cesarianas, temos vindo a registar um número cada vez maior deste tipo de lesões. Curiosamente, é quase sempre o uréter esquerdo que é afetado. Os ureteres podem ser facilmente reparados através de uma operação abdominal (consulte o Capítulo 6 – Fístula ureteral).

Para excluir uma fístula ureteral, introduza corante na bexiga e insira uma compressa seca na vagina. Peça à paciente para beber e andar. Reexamine-a após meia hora. Se a compressa estiver molhada com urina clara, significa que existe uma fístula ureteral. Se a compressa estiver manchada com corante, a paciente tem uma fístula da bexiga. Ao ser questionada, a paciente deverá admitir que consegue urinar de forma normal, pois o outro uréter deve estar a funcionar normalmente e a drenar para a bexiga. Fui enganado uma vez no caso de uma paciente que apresentava fístulas ureterais bilaterais após histerectomia por cesariana. Ela estava sempre molhada e não urinava, como sucede no caso de uma FVV, mas o teste de coloração deu negativo. Na laparotomia, descobriu-se que ambos os ureteres estavam dilatados e nada estava a drenar para a bexiga. Foi um milagre ela ter sobrevivido.

Esforço pós-parto e retenção crónica

Ocasionalmente, a incontinência de esforço pós-parto é incómoda e pode ser confundida com uma fístula. Cerca de 30% das mulheres apresentam algum tipo de incontinência urinária após o parto, mas quase todas superam a situação no prazo de seis meses, à medida que os músculos pélvicos recuperam.

Realize um teste de coloração. Se o resultado for negativo, remova o cateter, deixando o corante no interior. Observe se a uretra está a pingar e peça à paciente para tossir. Em caso de esforço significativo, o corante sairá, geralmente, com um jato forte. Para excluir a retenção com transbordamento, verifique a urina residual após a micção (consulte o próximo parágrafo). O tratamento da incontinência urinária de esforço nos primeiros seis meses após o parto é essencialmente conservador, com exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico.

Ocasionalmente, a cirurgia é necessária após um período mínimo de seis meses com este tratamento conservador, e raramente antes disso se a perda for total, semelhante à experiência das mulheres com fístula.

Outra causa de incontinência urinária é uma bexiga atônica pós-parto, que leva à incontinência por trasbordamento. A função da bexiga é perturbada por um trabalho de parto prolongado ou um edema da uretra, levando a obstrução e a um enchimento excessivo da bexiga, que assim perde a sua função. Verifique se existe retenção com trasbordamento, pedindo à paciente para urinar e medindo o volume expelido (por vezes, a paciente não consegue urinar de todo). Em seguida, passe um cateter e meça o volume de urina que permanece na bexiga após a micção. Este deve ser inferior a 50% do volume expelido. Alguns centros utilizam um valor inferior a 100 ml. Esta condição deve ser tratada através da drenagem contínua da bexiga após o parto durante, pelo menos, 5 a 7 dias. Se tal não for efetuado, é possível que ocorra uma retenção crónica, que poderá ser diagnosticada apenas muito mais tarde, quando é mais difícil de tratar. A situação pode estabilizar após um período de drenagem contínua com cateter, embora uma opção melhor passe por ensinar a paciente a realizar o autocateterismo intermitente 4 a 5 vezes por dia ou após cada micção.

Investigações

As investigações que podem ser aconselháveis incluem o seguinte:

- Testar os níveis de hemoglobina.
- Rastreio e aconselhamento em matéria de VIH, de acordo com as políticas locais. Se o resultado positivo, verificar a contagem de CD4. Se for <350, é preferível aguardar que o tratamento tenha início e a contagem de CD4
- aumente de forma aceitável. No entanto, cada país tem protocolos ligeiramente diferentes sobre o momento adequado para iniciar o tratamento do VIH, pelo que os cuidados devem ser adaptados a cada país.
- Rastreio de diabetes com um nível aleatório de açúcar no sangue. Se o resultado for elevado, teste o nível em jejum. Tive várias pacientes em que a cirurgia falhou, quando tal não deveria ter acontecido. Foi detetada diabetes não diagnosticada, que foi devidamente estabilizada. As pacientes foram novamente operadas e curadas.
- É prudente efetuar um teste de gravidez de rotina (exceto se a paciente tiver efetuado uma histerectomia ou estiver na pós-menopausa).
- A ecografia, se disponível, deve ser utilizada com mais frequência, especialmente em casos graves. É útil estar prevenido para um trato renal dilatado.
- Os urogramas intravenosos raramente estão disponíveis, mas podem fornecer informações úteis sobre a função dos rins em caso de suspeita de envolvimento ureteral.

3 TRATAMENTO DE CASOS PRECOCES

Tratamento conservador

Após uma cesariana por trabalho de parto prolongado e obstruído, o cateter deve ser mantido durante, pelo menos, dez dias. A remoção precoce predispõe a paciente a retenção crônica. A bexiga fica, muitas vezes, atônica após um trabalho de parto prolongado. Em caso de perda de urina após a remoção do cateter, este deve ser reinserido de imediato.

Inicialmente, a existência de defeito não deverá ser visível, porque estará fora do campo de visão na região do colo uterino ou por ser o resultado da necrose do tecido. A paciente deve permanecer em drenagem contínua, desde que a maior parte da urina saia pelo cateter. Após duas ou três semanas, deverá ser possível avaliar o tamanho do defeito mediante palpação e inspeção. No total, 20-40% dos pequenos defeitos (<2 cm) ainda podem cicatrizar com mais duas a três semanas de drenagem da bexiga. Os defeitos maiores e os defeitos ligados à parede pélvica lateral não são suscetíveis de cicatrização com drenagem. Na verdade, é possível encontrar, muitas vezes, o balão do cateter de Foley no interior ou no meio de uma fístula maior, mantendo-a aberta. Verifique sempre a colocação e a posição do cateter para garantir que tal não aconteceu, pois isso manterá a fístula aberta e poderá piorá-la!

Após o parto vaginal, uma perda de urina pode indicar qualquer coisa, desde um pequeno orifício a uma necrose massiva. A paciente deve ser examinada cuidadosamente com um espéculo de Sims. Se for observado tecido necrótico, o mesmo pode ser retirado com cuidado, se estiver solto. (Figura 3.1) Isto deve ser seguido por uma irrigação regular da vagina. A palpação e a inspeção com um espéculo de Sims ajudarão a avaliar o tamanho da fístula. Se tiver menos de 2 cm de diâmetro, o cateter deve permanecer colocado durante, pelo menos, outras quatro semanas. No caso de fístulas maiores, é difícil manter o cateter na bexiga. Verifique sempre por meio de um exame vaginal se o cateter não passou pela fístula para dentro da vagina.

É improvável que as fístulas cicatrizem de forma espontânea se não o fizerem após quatro semanas de drenagem.

Nota: Os antibióticos não desempenham qualquer papel na cicatrização de fístulas. A causa é a necrose isquêmica, não a infecção.

Prevenção na cesariana

Em alguns países onde ocorrem fístulas, dois terços das pacientes de parto obstruído foram aliviadas por cesariana, mas claramente tarde demais. O restante terço acabou por dar à luz por via vaginal. A incidência de cesarianas é diferente noutros países. Na Etiópia, apenas 15% das pacientes com fístula foram submetidas a cesariana, porque a maioria das pessoas vive em áreas remotas, longe de hospitais, embora este quadro esteja a mudar e os dados estatísticos aqui citados sejam de 2010. Na Tanzânia, 85% das pacientes com fístula foram submetidas a cesariana.

Os danos isquêmicos podem já ter ocorrido no momento da cesariana, mas o médico pode tomar medidas para minimizar danos adicionais. O segmento inferior estará muito distendido e edematoso. Lembre-se de que a bexiga deve ser bem dissecada para baixo do segmento inferior. A incisão no segmento inferior deve situar-se na parte superior e as extremidades laterais devem ser curvadas para cima para minimizar lacerações inacessíveis e lacerações nos vasos laterais. (O uréter esquerdo corre maior risco durante a reparação do segmento inferior, em especial se a incisão no segmento inferior se rasgar lateralmente e se a bexiga e o uréter não tiverem sido refletidos inferiormente.)

Quando a cabeça do bebê está profundamente impactada na pélvis, é melhor pedir ajuda para empurrar a cabeça para cima pela vagina do que forçar a mão para baixo entre a cabeça e o segmento inferior. Forçar a mão pode provocar lacerações laterais de grandes dimensões e também aumentar as lesões já causadas à bexiga na linha média. É preferível que alguém empurre o bebê para cima a partir da vagina e que a mão do operador alcance cuidadosamente a cabeça do bebê para a desimpactar. Não flexione a mão ao retirar a cabeça do bebê da pélvis, puxe para cima até conseguir passá-la facilmente pela incisão do segmento inferior. Flexionar a mão irá apenas empurrá-la contra o segmento inferior, rasgando-o ainda mais. A alternativa passa por extrair o bebê em posição pélvica, se possível. Para isso, alcance a parte superior das nádegas e faça o parto primeiro através da incisão do segmento inferior.

As lacerações no segmento inferior podem ser difíceis de suturar e, por vezes, podem ocorrer fístulas quando o médico apanha inadvertidamente a bexiga. Isto dá origem a uma fístula intracervical que pode ser bastante difícil de fechar, não sendo recomendada para principiantes. Ao procurar reparar os ângulos das lacerações, os ureteres ficam em risco.

Estão a ser realizadas muitas cesarianas em partos com nados-vivos? No Uganda, 88% das mães que desenvolvem fístulas após cesariana têm um nado-morto. Em relação aos 12% de partos com bebês vivos, existem fortes suspeitas de lesão iatrogénica no uréter ou na bexiga.

Na geração anterior, era comum recomendar a realização de uma craniotomia a um nado-morto que tivesse ficado preso na pélvis, mas essa prática parece ter sido abandonada. A mesma não é praticada nos hospitais-escola. Talvez seja demasiado difícil para muitos jovens médicos desenvolverem essa competência. Uma craniotomia mal efetuada pode fazer mais mal do que bem. Será altura de voltar a analisar este procedimento? Esta é uma questão a que só os obstetras que trabalham nos países afetados por fístulas podem responder.

Reparação precoce

Naturalmente, quanto mais cedo uma paciente puder ser curada, melhor. Quanto mais tempo for incontinente, maior será a probabilidade de ser abandonada. Isso é quase inevitável quando percebe que não existe qualquer hipótese de cura.

A maioria dos cirurgiões aconselha a esperar, pelo menos, três meses após a lesão antes de operar. Nos primeiros meses, os tecidos circundantes estão edematosos e hiperémicos, o que os torna friáveis e difíceis de manusear. Aos três meses, já devem estar suficientemente maduros.

Apesar disso, alguns cirurgiões têm sido muito bem-sucedidos no encerramento de fístulas *selecionadas* antes dos três meses e têm recomendado vivamente esta abordagem. Foram

publicados excelentes resultados, mas o método ainda não foi bem ilustrado. É possível tentar a operação logo que a necrose desapareça e os tecidos estejam limpos.

Um médico experiente consegue remover a necrose e reparar uma pequena fístula na mesma sessão. Em termos técnicos, é mais difícil operar quando os tecidos estão a recuperar. A pinça para tecidos pode rasgar a vagina e a bexiga edematosas e delicadas e as suturas podem ser cortadas.

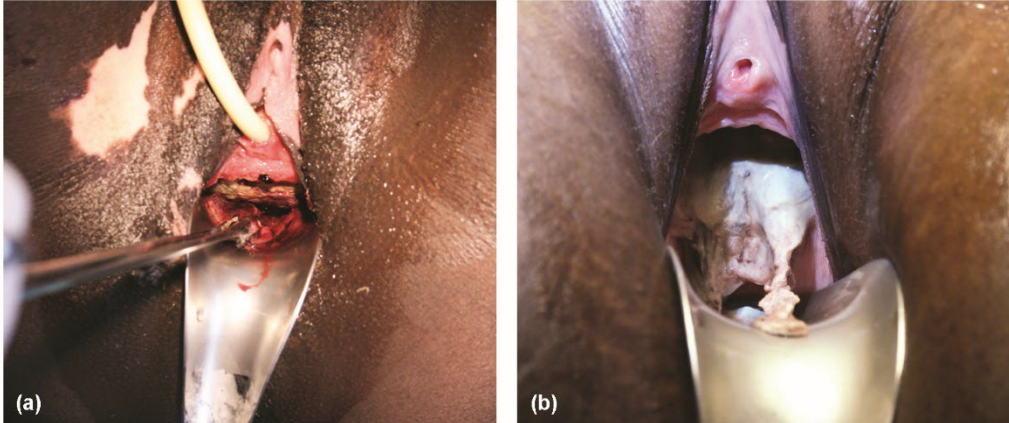
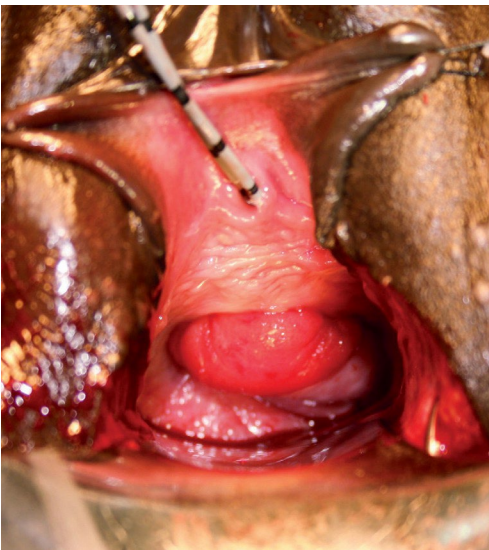


Figura 3.1

- a) O tecido necrótico só deve ser removido se estiver realmente solto. Este não está pronto.
b) O tecido necrótico está solto e é facilmente desbridado.

Adotei uma abordagem flexível em que cada caso é julgado de acordo com os respetivos méritos. Algumas fístulas estão perfeitamente limpas e saudáveis ao final de dois meses, podendo ser reparadas em segurança (Figura 3.2). Em contrapartida, algumas fístulas são nitidamente friáveis mesmo ao final de três meses. Mais do que a idade, é o aspeto da fístula que importa. Em caso de dúvida, é preferível aguardar.



Recomendamos que um principiante siga os conselhos tradicionais e adie a reparação durante três meses. A primeira reparação tem sempre as melhores hipóteses de sucesso e não deve ser comprometida. Depois de adquirida alguma experiência, são permitidas exceções a esta regra.

Documentação adicional

Waalwijk K. The immediate management of fresh obstetric fistulas. *Am J Obstet Gynecol* 2004; **191**: 795–9.

Figura 3.2

Esta fístula tem apenas dois meses, mas está limpa. Não sangra ao toque e está pronta para reparação.

4 PREPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

A paciente está apta para ser operada?

Os resultados variam de país para país. No Uganda, a maioria das pacientes encontra-se em bom estado geral e pronta para ser operada após um dia de preparação. Na Etiópia, existem mais pacientes debilitadas e malnutridas, sendo que algumas apresentam contraturas. Em primeiro lugar, é sempre preferível melhorar o estado geral da paciente através do reforço da nutrição, de suplementos de ferro e vitaminas, da desparasitação e do tratamento de eventuais outras doenças. Se possível, as contraturas devem ser tratadas antes da cirurgia. Já tratei várias fístulas antes de as contraturas terem sido tratadas, mas é difícil colocar a paciente numa posição adequada para operar e obter um acesso adequado à fístula.

A hemoglobina deve ser avaliada. Idealmente, deve ser superior a 10 g/dL. No entanto, em casos simples, em que a perda de sangue deverá ser mínima, podem ser aceites níveis mais baixos. No que diz respeito aos casos complexos, deve ser colhido sangue para determinação do grupo sanguíneo. Em determinadas situações, é aconselhável proceder a uma transfusão, mas, por norma, é mais simples e seguro investigar e tratar as causas da anemia, adicionar ferro e aguardar. Em 1993, John Kelly publicou um artigo onde demonstrava que uma Hb inferior a 8 g/dL estava associada a uma maior taxa de deiscência.

Não é de surpreender que vários estudos tenham confirmado que muitas pacientes sofrem de depressão grave (consulte o Capítulo 1 – Saúde mental e a Documentação adicional). É necessário demonstrar simpatia, mas não existe “aconselhamento” suficiente que melhore o estado mental de uma paciente enquanto não ficar curada da incontinência permanente.

Lesões neurológicas e fisioterapia

As lesões neurológicas funcionam como marcador de uma lesão grave e quase sempre assinalam também a presença de uma fístula retovaginal. Numa situação extrema, a paciente pode ficar incapaz de andar logo após o parto devido a uma isquemia do plexo lombossacral. (Figura 4.1) A imobilidade pode conduzir a feridas de pressão, agravadas pela presença de uma anestesia em sela.

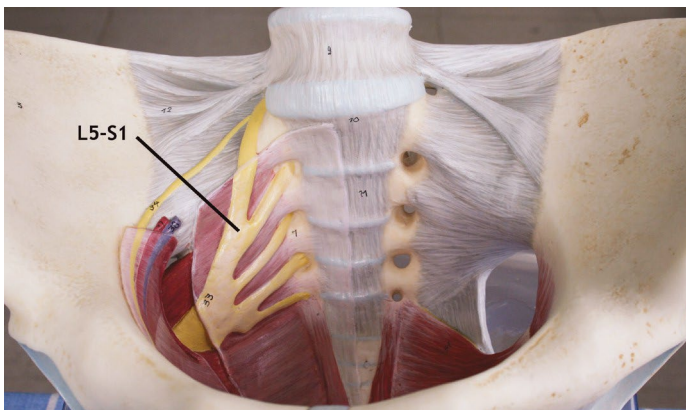


Figura 4.1

As raízes L5-S1 são propensas a lesões resultantes de partos obstruídos.

Com bons cuidados de enfermagem, a maioria das pacientes acaba por melhorar. (Figura 4.2) Com uma boa nutrição e movimentos ativos e passivos de todas as articulações, a destreza motora e a perda sensitiva melhoram, embora o pé caído (devido à lesão da raiz L5) seja o último a recuperar. Passados dois anos, 87% das mulheres já recuperaram. A colocação de talas previne a ocorrência de contraturas em flexão plantar. No entanto, as mesmas não devem substituir a realização de movimentos completos de todas as articulações afetadas várias vezes ao dia. O pé caído residual, em especial no caso de ter sido permitido o desenvolvimento de uma flexão plantar fixa, revela uma incapacidade grave que irá prejudicar a capacidade da paciente aquando da realização de atividades diárias.



Figura 4.2

Esta paciente apresentou-se apenas duas semanas após o parto e só conseguia gatinhar. Tinha uma fístula vesicovaginal e uma fístula retovaginal. b) Após uma semana de fisioterapia, exercício e palavras de incentivo, a paciente conseguia andar com apoio, embora apresentasse síndrome do pé caído bilateral. A paciente foi operada e ambas as fístulas foram fechadas, mas persistia alguma incontinência de esforço. Foi para casa a andar sem apoio. Aos seis meses de evolução, apresentava sinais ligeiros de pé caído apenas de um lado e a incontinência de esforço ligeira mantinha-se.

É fácil compreender de que forma é que, na ausência total de ajuda médica, se formam contraturas, em especial se a paciente tiver sido rejeitada e permanecer deitada na mesma posição por dias inteiros, na esperança de que a incontinência pare. (Figura 4.3) Esta situação é particularmente suscetível de ocorrer na sociedade etíope, onde muitas das pacientes eram noivas infantis em zonas remotas. Cerca de 2% das pacientes examinadas no Addis Ababa Fistula Hospital apresentam contraturas graves. Estas requerem meses de exercícios de alongamento passivo antes de poderem ser reparadas. A existência de um departamento de fisioterapia dedicado permite que as contraturas graves melhorem de forma considerável com o tempo. (Figura 4.4)



Figura 4.3

Felizmente, já é raro ver contraturas como esta. Antigamente, eram mais comuns. Esta senhora permaneceu deitada dentro de um saco durante seis meses. As fístulas foram reparadas antes de poder andar, de acordo com o modelo de reparação de um centro.



Figura 4.3 (continuação)

A paciente regressou ao centro de tratamento de fístulas seguinte, curada da incontinência, mas não tinha continuado a fisioterapia e continuava sem conseguir andar.

Explicação

É evidente que a paciente deve ser preparada para o que irá acontecer no bloco operatório e deve dar o seu consentimento. Deve ser informada sobre a duração do internamento pós-operatório, o tempo de permanência do cateter e as restrições às suas atividades. A mulher e o respetivo acompanhante devem compreender que não devem ir a correr para casa logo após a remoção do cateter. Quem opera casos difíceis deve avisar a paciente para as limitações da cirurgia em termos de cura, incluindo o risco de incontinência persistente, para que as expectativas não sejam demasiado elevadas. Esta realidade pode ser difícil de explicar. A maioria das pacientes com fístula teve uma educação muito limitada, se é que teve algum tipo de educação. É necessária uma grande dose de paciência e empatia.

Preparação intestinal

É melhor ter o reto vazio durante a operação para o caso de existirem perdas através do ânus. Em circunstâncias ideais, a paciente deve fazer um enema no dia anterior, mas, na prática, os enemas são esquecidos ou administrados no último minuto, o que, muitas vezes, leva a contaminação durante a operação.



Figura 4.4

Alguns centros têm departamentos de fisioterapia bem equipados, que são cruciais para ajudar as pacientes a readquirir a mobilidade e a força.

É muito melhor não administrar qualquer enema e, simplesmente, deixar a paciente em jejum desde a meia-noite anterior à operação e certificar-se de que soltou os intestinos antes de chegar ao bloco operatório. Esta é a política adotada por mim em caso de lesões da bexiga.

Nos casos de fístula retovaginal ou reparação do esfíncter, é necessário administrar um enema na noite anterior à operação. A paciente deve seguir uma dieta só de líquidos no dia anterior.

No caso raro de perda anal incômoda, costumo administrar um enema no bloco operatório, limpar e colocar uma sutura anal temporária em bolsa de tabaco. Em seguida, continuo a operação. Não se esqueça de remover a sutura no final do procedimento. As perdas fecais contaminam o local da operação, pelo que, nestes casos, administro uma dose de metronidazol com os meus antibióticos profiláticos habituais no bloco operatório. Em seguida, mantenho a administração durante 24-48 horas após a operação.

No pós-operatório, a paciente é examinada regularmente. A paciente pode continuar a ter perdas de fezes na cama após a intervenção, ou seja, enquanto a anestesia espinal continuar a fazer efeito e a mulher não puder levantar-se para ir à casa de banho. As perdas podem contaminar o campo cirúrgico.

Hidratação

Se ficar por conta própria, a paciente irá chegar ao bloco operatório desidratada, pois estará a tentar reduzir a humidade. Isto é mau por várias razões:

- A paciente pode ficar hipotensa quando lhe for administrada uma anestesia espinal.
- Aumenta a dificuldade em identificar os orifícios ureterais.
- A produção de urina será insuficiente após a operação, predispondo a paciente a um bloqueio do cateter. Serão necessários mais fluidos intravenosos durante e após a operação, o que é dispendioso.

Por conseguinte, assim que for tomada a decisão de operar, peça à paciente para começar a beber muitos líquidos mistos, parando apenas 4 horas antes da operação. Se a mulher tiver bebido o suficiente, a urina deverá pingar quando ela se levanta com as pernas afastadas. (Figura 4.5) Antes de a paciente ir para o bloco operatório, prepare uma perfusão intravenosa de soro fisiológico.



Tenha em conta a possibilidade muito rara, mas grave, de hiponatremia (consulte o Capítulo 11 – Consumo de bebidas).

Figura 4.5

Uma paciente bem hidratada. Está a pingar urina. (Fotografia cortesia de Kees Waaldijk)

5 NO BLOCO OPERATÓRIO

Anestesia

A anestesia espinal é o método preferido para todos os casos de fístula. (Figura 5.1) A maioria dos cirurgiões de fístulas está acostumada a administrar por si mesma a anestesia espinal e depois realizar a operação. Na maioria dos países, foram formadas mais enfermeiras anestesistas e esta prática é agora rara. A bupivacaína a 0,5% em glucose (Marcain Heavy) é ideal como anestésico de ação mais prolongada, embora a lidocaína a 5% em glucose a 7,5% possa ter a sua duração prolongada pela adição de adrenalina (epinefrina). A técnica preferida por alguns consiste em injetar adrenalina 1:1000 na seringa, expeli-la e, em seguida, injetar lidocaína. A humidificação do interior da seringa fornece adrenalina suficiente.



Figura 5.1

Esta é uma boa posição para administrar uma anestesia espinal, embora nem todas as pacientes consigam inclinar-se tanto. (Fotografia cortesia de Kees Waaldijk)



Figura 5.2

A paciente fica sentada durante cerca de 5 a 10 minutos enquanto a anestesia espinal faz efeito. Em contrapartida, alguns deitam-na passados uns minutos, certificando-se de que a cabeça está ligeiramente levantada.

Nesta fotografia, a paciente tem a cabeça e a parte superior das costas levantadas sobre almofadas.

A dose habitual é de 2 cm³ de lidocaína a 5% em glucose a 7,5% ou 2 cm³ de Marcain Heavy. Alguns cirurgiões sentam a paciente durante 5 minutos. Outros deitam-na, com a cabeça ligeiramente levantada, e aguardam que perca a força e a sensibilidade antes de lhe levantarem as pernas. Outros ainda deitam-na e levantam-lhe de imediato as pernas posicionando-as nas perneiras. Em termos críticos, a cabeça não deverá ser inclinada para baixo durante, pelo menos, 10 minutos até que todo o anestésico tenha sido absorvido. Caso contrário, a paralisia do centro respiratório pode ser fatal através de uma anestesia espinal ascendente. (Figura 5.2) Quando eu próprio administro a anestesia espinal, prefiro sentar a paciente até começar a perder força nas pernas, depois deito-a e coloco-a em posição.

Se as circunstâncias obrigarem a administrar a anestesia espinal e a operar sem qualquer apoio anestésico, certifique-se de que consegue terminar a operação antes de o efeito da anestesia passar. Os cirurgiões menos experientes não se sentiam confortáveis a operar sem ajuda anestésica e eu aconselharia a não o fazerem. Algumas pacientes necessitam de petidina ou, ocasionalmente, de cetamina para concluir a operação, podendo surgir emergências inesperadas em qualquer altura.

Por vezes, alguns cirurgiões preferem mudar para uma via abdominal após avaliação vaginal sob o efeito de anestesia espinal. Se a paciente estiver inicialmente deitada durante 5 minutos, a anestesia espinal deve ser elevada o suficiente para permitir uma via abdominal inferior. No entanto, é essencial dispor de um apoio anestésico para o caso de surgirem dificuldades durante a cirurgia abdominal.

Antibióticos

Alguns cirurgiões prescrevem antibióticos durante todo o período pós-operatório, enquanto outros preferem não prescrever qualquer antibiótico.

É sabido que, por norma, a infeção resulta de contaminação durante a operação, pelo que é prática comum na comunidade de fístulas administrar uma dose intravenosa única de gentamicina de 160 mg ao mesmo tempo que a anestesia, antes do início da operação. Acrescento 400 mg de metronidazol por via intravenosa para os casos de lacerações do esfíncter e fístulas retovaginais. Esta prática baseia-se, em grande parte, numa série não publicada que realizámos em Adis Abeba há cerca de 20 anos. Realizámos esfregaços nas vaginas de 100 pacientes consecutivas e em todas elas se desenvolveu a *E. coli*, sendo que quase todas eram resistentes à ampicilina, mas sensíveis à gentamicina. A adição de metronidazol para os casos retais não foi estudada, mas parece prudente.

Manteríamos os antibióticos durante 24-48 horas, mas apenas em caso de contaminação fecal acidental ou outra indicação de infeção.

Instrumentos

Instrumentos básicos

Para fístulas simples, são necessários os seguintes instrumentos (Figura 5.3):

- Espéculo de Auvard
- tesoura de dissecação de alta qualidade



Figura 5.3

Um conjunto padrão de instrumentos para fístulas.

- pinça de dissecação dentada
- Suporte de agulhas
- Tesoura de sutura
- Pinça para tecidos Allis
- pinça para artérias
- cateter metálico
- pequena sonda para identificação dos ureteres
- lâmina n.º 15 (não ilustrada) e suporte da lâmina de bisturi
- recipientes, como bacias reniformes e panelas de cozinha.

Instrumentos adicionais

Em toda a gama de cirurgias de fístulas, é útil utilizar alguns instrumentos mais especializados.

Retratores

- Espéculo de Sims para exposição do interior da bexiga
- pequeno retrator Langenbeck para acesso aos fôrnices vaginais
- Espéculo de Auvard. Idealmente, este deve estar disponível com lâminas vaginais curtas e compridas e com diferentes angulações.

Tesoura

A maioria dos cirurgiões tem uma tesoura favorita. As nossas são as seguintes (Figura 5.4):

- Tesoura de amígdala Boyd-Stille para dissecação fina
- Tesoura Thorek, com uma curva acentuada na ponta
- Tesoura de fístulas Kelly para cortar através da cicatriz.



Figura 5.4

Todos os cirurgiões têm a sua tesoura favorita. Estas são as mais populares entre os cirurgiões de fístulas. São extremamente afiadas, com uma ponta fina em a) e c). a) Boyd Stille. b) Thorek. c) Stille-Matarasso.



Figura 5.5

Estas agulhas são excepcionalmente boas para trabalhar nos espaços difíceis de uma operação de fístulas. a) Uma sutura Monocryl numa agulha de 26 mm 5/8, b) é uma sutura Vicryl 2-0 numa agulha de 36 mm 5/8. Ambas têm uma estrutura arredondada e são muito resistentes. Quando necessário, podem ser passadas através do perióstio.

Suturas e agulhas

(Consulte a figura 5.5) Nunca utilize suturas não absorvíveis, porque mais tarde podem formar-se cálculos na bexiga.

A escolha da sutura pode ser determinada em função da disponibilidade. Alguns stocks de catgut crómico são pouco fiáveis, pelo que preferimos evitar a sua utilização, uma vez que se dissolvem muito rapidamente. Se disponível, a sutura Vicryl 2-0 e 3-0 seria a primeira escolha da maioria dos cirurgiões. As suturas absorvíveis monofilamento mais recentes são muito práticas de utilizar.

Para o encerramento da bexiga, é preferível utilizar agulhas de meio círculo, de 26 mm, resistentes e de estrutura arredondada. Para trabalhos de fístula mais avançados, as agulhas em J com buraco são uma ajuda enorme, mas são muito difíceis de encontrar atualmente.

A agulha perfeita para uma sutura é uma agulha já preparada de 5/8 de círculo de 26 mm com uma sutura Vicryl 2-0, mas é cara. Reservamo-la para efetuar suturas em cantos difíceis, reparações circunferenciais e situações graves. Depois de usar as agulhas de 5/8 de círculo, nunca mais vai querer usar outra coisa!

Quando necessário, é possível utilizar uma agulha de corte maior para fixar suturas através do periósteo, embora a agulha de 5/8 da Ethicon seja suficientemente resistente para o fazer.

Mesa cirúrgica

É aconselhável utilizar em todas as fases da cirurgia uma mesa cirúrgica que incline, pelo menos, 50° e que tenha apoios para os ombros e perneiras. (Figura 5.6) As reparações de fistulas mais simples podem ser efetuadas com uma inclinação menor e sem apoios para os ombros.



Figura 5.6

Uma mesa boa para a cirurgia de fístulas. Note a inclinação acentuada, as almofadas de ombro seguras e as perneiras. O apoio de pernas está aqui colocado, mas deve ser retirado.

Iluminação

Um simples holofote é suficiente para os casos simples. (Figura 5.7) Nos casos em que o fornecimento de eletricidade é irregular, pode ser necessário operar à luz do dia. (Figura 5.8) Coloque a mesa perto de uma janela grande. Em alguns hospitais, é disponibilizada uma gama completa de equipamento de iluminação. (Figura 5.9)

Como trabalhamos em diferentes hospitais com iluminação imprevisível (Figura 5.10), preferimos ter a nossa própria fonte de iluminação independente. (Figura 5.11) A lâmpada de encaixe pode ser utilizada nos próprios óculos ou fornecida em conjunto com uma armação de óculos neutra.



Figura 5.7
Um holofote simples.



Figura 5.8
Kees Waaldijk a trabalhar à luz do dia em Katsina.



Figura 5.9
Um sistema de iluminação muito sofisticado em Adis Abeba, Etiópia.



Figura 5.10
Uma lâmpada avariada: uma situação demasiado comum.



Figura 5.11

Dois exemplos de lanternas de cabeça: a) Uma lanterna simples que se pode prender aos óculos, b) Uma lanterna muito bonita e brilhante numa bandolete. Ambas as lanternas têm uma bateria que pode ser guardada no bolso da camisa e ligada através da bata.

A bateria recarregável pode ser guardada num bolso do uniforme médico e ligada e desligada através de uma bata esterilizada, proporcionando uma iluminação brilhante durante 4 horas.

Posição na mesa cirúrgica

Quanto mais inclinada for a posição de cabeça para baixo, melhor. (Figura 5.12) No entanto, é essencial ter apoios para os ombros de muito boa qualidade; caso contrário, a paciente irá deslizar pela cama durante a operação.



Figura 5.12

John Kelly a demonstrar a posição correta de uma paciente com a cabeça para baixo.

As nádegas da paciente devem estar posicionadas para além da extremidade da mesa e as coxas bem fletidas sobre o abdómen nas pernas. (Figura 5.13) Se pretender uma maior inclinação de Trendelenburg, pode colocar almofadas ou travesseiros adicionais por baixo das nádegas da paciente. (Figura 5.14)



Figura 5.13

Quando não existem apoios para os ombros, as nádegas da paciente devem ficar penduradas na extremidade da cama, com o sacro mesmo à ponta da extremidade da cama. A visibilidade fica impedida se estiver demasiado perto da cama e a paciente irá escorregar para baixo. Tenha em conta que as coxas estão bem fletidas.



Figura 5.14

Esta mesa cirúrgica não foi inclinada o suficiente, mas pode elevar a paciente na ponta da cama, colocando uma almofada por baixo, na extremidade da cama. A paciente tinha as nádegas bem afastadas da extremidade da cama, as pernas estavam altas e bem colocadas, levantando as pernas, e a visibilidade era boa para o cirurgião, o assistente e os instrumentadores.

Posição do cirurgião

O cirurgião deve estar numa posição confortável. (Figuras 5.15 e 5.16)



Figura 5.15

A mesa está demasiado baixa, obrigando o cirurgião a curvar-se. O cirurgião acabará por ficar com dores nas costas.



Figura 5.16

O campo cirúrgico deve estar ao nível dos olhos e o cirurgião deve manter uma boa postura durante todo o processo.

6 AS OPERAÇÕES

PRINCÍPIOS BÁSICOS

As fístulas apresentam todo o tipo de formas e tamanhos e surgem em diferentes locais, mas os princípios básicos da cirurgia de fístulas podem ser aplicados a todas elas.

A cirurgia de fístulas pode ser muito complexa, mas é necessário começar por selecionar os casos simples, que têm boas hipóteses de cura, e seguir os princípios básicos da reparação de fístulas. O primeiro princípio passa por fechar o orifício na bexiga e também na vagina. Quando selecionar um caso simples, deve começar por uma fístula pequena, com menos de 2 cm, que não envolva a uretra e que tenha o mínimo de cicatriz. Para curar a mesma, basta seguir os primeiros princípios, que envolvem cinco passos básicos. No caso de fístulas mais difíceis (que envolvam a uretra, defeitos circunferenciais, mais cicatrizes e fístulas com maior perda de tecido), é necessário seguir os princípios mais avançados para ter hipóteses não só de fechar a fístula com sucesso, mas também de restaurar a continência e a função sexual e reprodutiva. Com prática, é simples fechar uma fístula, mas restaurar a continência e a função sexual é muito mais difícil.

Vamos explorar melhor os princípios necessários. A cirurgia de fístulas tem três objetivos:

1. ***Fechar o orifício na bexiga e na vagina.*** Lembre-se de que uma fístula é causada pela perda de tecido por necrose isquêmica e que existe perda de tecido não só no trato urinário (bexiga, uretra e, por vezes, uréter), mas também no trato reprodutivo (vagina, colo uterino e, por vezes, até o útero). Não é possível curar uma paciente a menos que a fístula ou os orifícios no trato urinário e no trato reprodutivo sejam reparados.
2. ***Restaurar a continência.*** Com experiência e formação, é possível fechar uma fístula com sucesso em mais de 95% dos casos na primeira operação. No entanto, isto não significa que a paciente fique continente. Como cirurgião, pode considerá-la curada por ter fechado a fístula, mas a paciente ficará desiludida, porque continua a ter perdas de urina. Numa série publicada em Adis Abeba, 33% das mulheres apresentavam algum tipo de incontinência após o encerramento de fístulas, muitas vezes tão graves que tinham perdas de urina a toda a hora, tal como acontecia antes da operação. Uma outra série não publicada em Adis Abeba estima o número em 45%. Estas séries foram efetuadas no início dos anos 2000 e, desde então, foram registados muitos avanços cirúrgicos. Mediante a aplicação de técnicas cirúrgicas de continência durante a reparação, a taxa de incontinência após a cirurgia pode ser reduzida para cerca de 15%. Quando uma fístula é reparada, é necessário procurar restaurar a anatomia normal tanto quanto possível, o que significa reconstruir a uretra, os ligamentos de suporte e a vagina. Ao efetuar estes passos mais avançados, irá aumentar o número de pacientes que ficam totalmente continentemente e curadas.
3. ***Restaurar a função sexual e reprodutiva.*** Quando uma paciente fica curada da incontinência, é frequente voltar a casar e querer ter um filho. Algumas pacientes com fístulas apresentam uma perda de tecido vaginal tão grave que, depois de reparado o orifício na vagina, não resta nada para além de uma pequena covinha rígida e cicatrizada, o que impossibilita as relações sexuais.

Existem algumas técnicas de reconstrução vaginal novas que têm sido utilizadas recentemente com resultados positivos, permitindo a prática de relações sexuais e a gravidez de algumas pacientes. (Algumas pacientes permanecem inférteis devido a outras causas, como a síndrome de Ashermann, que é muito mais difícil de tratar.) É interessante notar que, ao restaurar a anatomia vaginal normal, a taxa de incontinência persistente após a reparação da fístula apresenta resultados ainda mais positivos.

Para um caso de fístula simples, com menos de 2 cm de diâmetro, que não envolva a uretra e não tenha muitas cicatrizes (Goh tipo 1), por norma, o encerramento bem-sucedido da fístula é tudo quanto basta para restaurar a continência e a função sexual.

CINCO PASSOS BÁSICOS

1. **Fechar o orifício na bexiga e na vagina.** Para isso, siga os cinco passos básicos da cirurgia com fistulas. Estes são os únicos princípios necessários para fechar uma fístula simples, o tipo de fístula pelo qual deve começar um principiante.
 - a. **Exposição.** Certifique-se de que o local da operação está devidamente exposto com espéculos, retratores e suturas que retraiam os lábios.
 - b. **Proteção dos ureteres.** Em todas as fístulas, exceto as fístulas mais pequenas ou muito distais, é prudente identificar e, se necessário, cateterizar os ureteres para garantir que os mesmos não são cortados ou ligados. Se ligar ambos os ureteres e não o reconhecer, pode ser fatal.
 - c. **Mobilização.** É necessário mobilizar a bexiga para fora da vagina e do colo uterino de forma adequada, tendo obviamente cuidado com os ureteres.
 - d. **Encerramento sem tensão.** Como em qualquer cirurgia, se houver tensão sobre a sutura, esta irá quebrar, pelo que é necessário proceder à mobilização até conseguir reparar o defeito sem tensão. Como a bexiga pode encher-se de urina, é necessário mantê-la vazia durante a fase de cicatrização mediante um cateter de drenagem. Uma bexiga cheia irá exercer tensão sobre a reparação e corre o risco de a romper.
 - e. **Verifique se a reparação está fechada com um teste de coloração.** Como Kees Waaldijk é conhecido por dizer, “o corante não mente”. Verifique se a bexiga está à prova de líquido, injetando, pelo menos, 60 cm³ de corante na bexiga. Por vezes, pode ser surpreendido por uma segunda fístula que não tinha sido detetada antes. (Figura 6.32)

PRINCÍPIOS AVANÇADOS

Os objetivos número 2 e 3 são tecnicamente exigentes e aplicam-se a casos mais difíceis, que requerem um cirurgião de fistulas mais experiente.

2. **Restaurar a continência.** Muitas fistulas envolvem a uretra. Dependendo da quantidade de uretra destruída, este é um fator que afeta o prognóstico. Quanto maior for a quantidade de uretra perdida, maior é a probabilidade de incontinência persistente. As hipóteses de restaurar a continência aumentam significativamente se forem aplicados os dois princípios seguintes:

- a. **Manter o comprimento da uretra.** Uma uretra curta quase nunca será funcional. O comprimento necessário não foi estudado em profundidade. No entanto, a impressão de vários cirurgiões de fístulas é que uma uretra com menos de 2 cm raramente se tornará continente. É necessário reparar um defeito uretral longitudinalmente ou tornar a uretra mais longa a partir da bexiga, por norma, a partir de um rebordo da bexiga anterior.
- b. **Apoiar os defeitos uretrais com um sling.** Na anatomia normal, existe um ligamento que vai do osso púbico até à região média da uretra, criativamente designado ligamento pubouretral. Este tem de ser recriado, uma vez que, muitas vezes, terá sido destruído no processo isquémico. O mesmo é recriado através da utilização de um sling. Crie um sling ao utilizar o músculo pubococcígeo ou o tecido cicatricial das paredes pélvicas laterais, ou ao colher a fáscia da fáscia lata ou da fáscia retal.

3. **Restaurar a função sexual e reprodutiva.**

- a. **Restaurar a anatomia, a profundidade e a elasticidade vaginais normais.** Muitas vezes, a vagina também sofre grandes perdas. É tentador puxar simplesmente a vagina, mas isso apenas exerce tensão sobre a reparação vaginal, aumentando o risco de rutura, e forma cicatrizes que resultam em dispareunia ou, até mesmo, apareunia. Além disso, a vagina fica presa, o que faz com que a uretra se abra, dando origem a uma uretra rígida. É necessário ter uma vagina elástica e flexível que cubra a uretra. Isto irá não só restabelecer a função sexual, mas também melhorar consideravelmente as taxas de continência das pacientes. Existem várias formas de o fazer, incluindo através de rebordos labiais rotacionais e rebordos cutâneos vasculares em ilha (que, segundo a minha experiência, apresentam os melhores resultados). Algumas pessoas utilizam inclusivamente o intestino para recriar uma vagina. Trata-se de um procedimento muito mais invasivo, com maior morbilidade e, até mesmo, mortalidade. Apenas alguns centros efetuam esta cirurgia.

Ao dar início à cirurgia de fístulas, é importante selecionar o caso adequado para o seu nível de experiência. Se escolher um caso demasiado exigente, corre o risco de falhar a operação, desacreditar o cirurgião e provocar uma catástrofe para a paciente. Em qualquer operação de fístulas, a melhor hipótese de sucesso é a primeira operação. Se a reparação se romper e o cirurgião voltar a operar, as hipóteses de sucesso diminuem significativamente.

A secção seguinte irá orientar a seleção de um caso adequado para os primeiros passos a dar na cirurgia de fístulas.

SELEÇÃO DE CASOS PARA PRINCIPIANTES

Vamos sublinhar repetidamente que a seleção de casos é o aspeto mais importante do tratamento da fístula para um cirurgião em formação.

Menos de um quarto dos novos casos apresentados serão adequados para um principiante. O registo do historial não ajuda assim tanto a selecionar os casos mais simples. Um orifício pequeno pode apresentar uma perda tão significativa como um orifício grande.

Existem alguns indícios que devem levantar a suspeita de uma fístula grave ou difícil:

- A fraqueza neurológica (geralmente, casos de pé caído), mesmo que a paciente tenha recuperado, sugere um caso difícil.
- Por norma, as fístulas retais ocorrem em associação com uma lesão grave da bexiga. Isto não se aplica às lesões do esfíncter anal, que ocorrem frequentemente de forma isolada, mas podem ocorrer com uma fístula da bexiga.
- As fístulas após cesariana encontram-se, muitas vezes, na região do colo uterino e, por conseguinte, estão numa posição alta e são, recorrentemente, de difícil acesso para o principiante.
- Por norma, a fístula após histerectomia por rutura do útero situa-se na cúpula vaginal e pode ter uma lesão ureteral accidental.

O único indício de um caso potencialmente fácil ocorre quando uma paciente apresenta um historial de gravidezes apesar de ter uma fístula. É evidente que não poderão existir demasiadas lesões no trato genital. Menos de 10% das pacientes tiveram uma gravidez enquanto tinham uma fístula.

O exame é a chave para a seleção. As características a procurar são as seguintes:

- uma vagina sem encurtamento ou estenose
- uma fístula facilmente palpável ou visível, pequena, mole e acessível, mas que não esteja demasiado perto do colo uterino ou do orifício uretral externo, não envolvendo assim a uretra.

Não é necessário examinar este tipo de pacientes sob o efeito de anestesia. Se não for possível ver facilmente a fístula com a paciente consciente e utilizando um espécule de Sims, não se trata de um caso simples.

Em resumo, os cirurgiões principiantes devem limitar-se a:

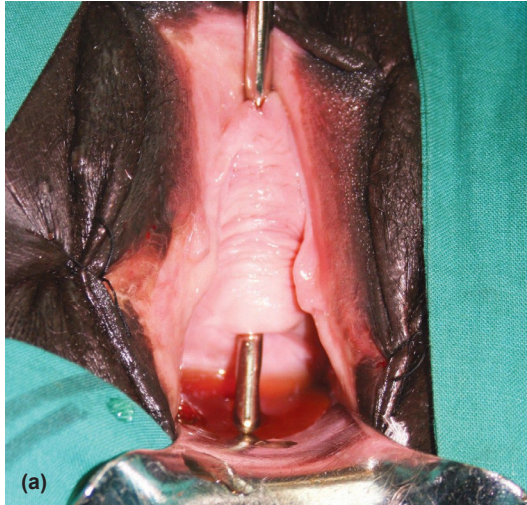
- pequenas fístulas que não envolvam a uretra
- fístulas que apresentam o mínimo de cicatriz
- fístulas que são facilmente acessíveis.

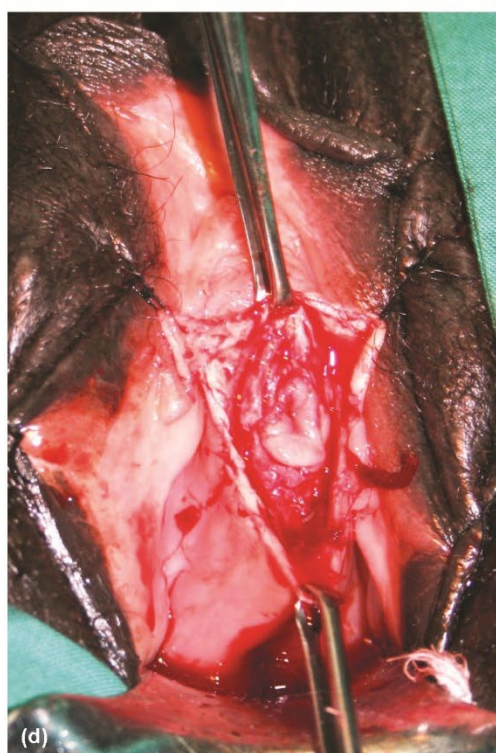
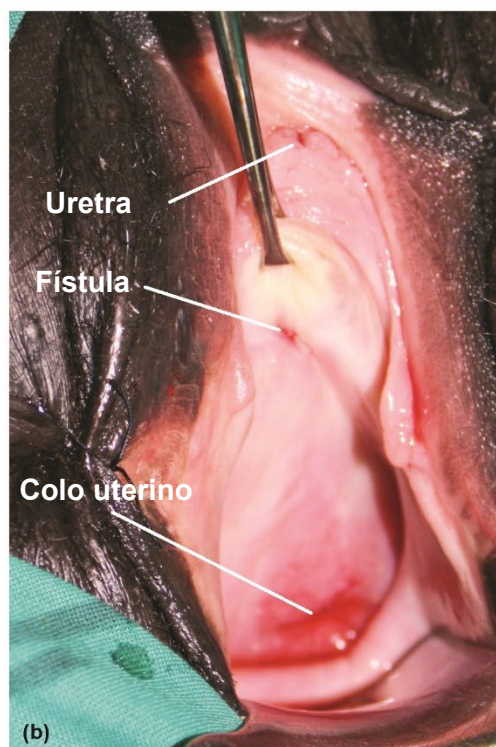
Um caso ideal

Infelizmente, menos de 10% dos casos são tão fáceis de reparar como o caso apresentado na Figura 6.1a-e.

Figura 6.1

a) Uma fistula simples. A princípio, parece estar no fundo da vagina, b) mas ao agarrar a vagina distal e retrainr a mesma, fica facilmente visível. Classificação de Goh 1ai. c) Aplicação dos princípios básicos de exposição, seguida de mobilização. As incisões iniciais situam-se em torno da fístula e lateralmente de cada lado. d) Os rebordos vaginais são levantados e e) após a reparação da bexiga, a vagina é reparada sobre a mesma.





Alguns casos relativamente simples

As Figuras 6.2-6.6 apresentam mais alguns exemplos de casos adequados para um cirurgião em formação.

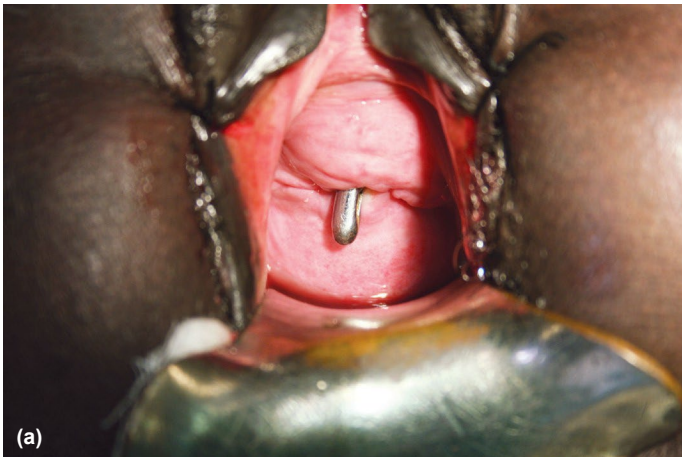
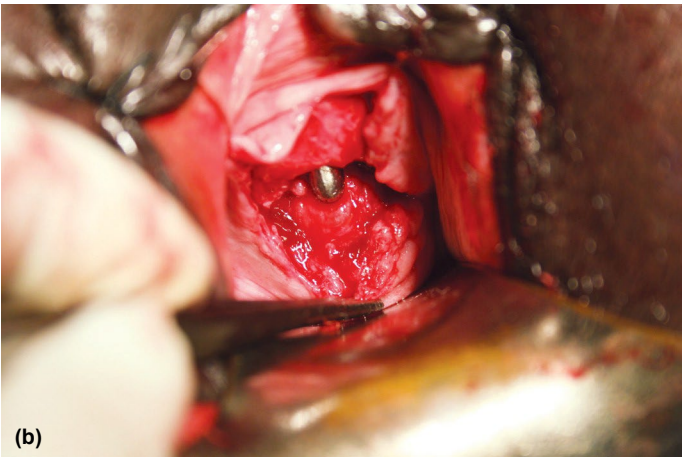
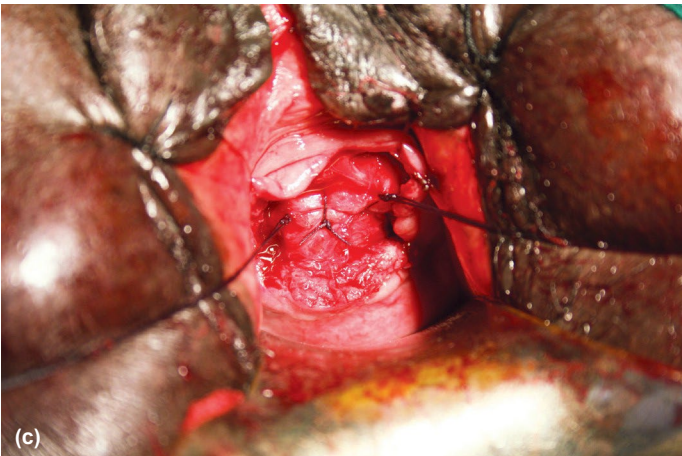


Figura 6.2

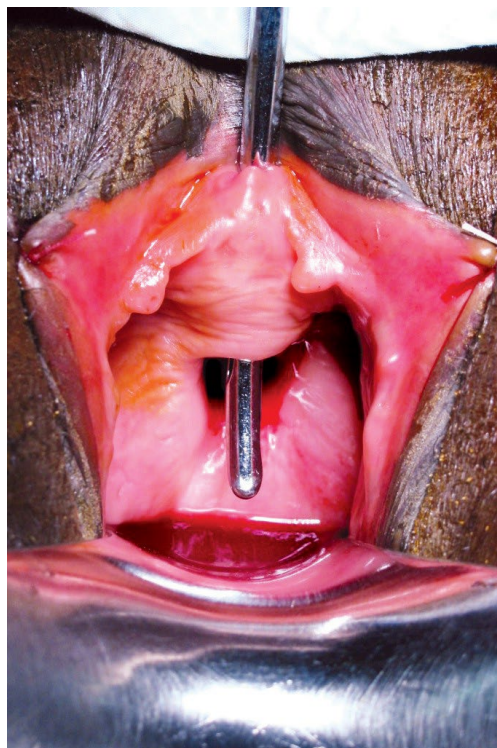
a) Outro caso simples, mole, sem cicatrizes na linha média e afastado da uretra e do colo uterino, Goh 1ai.



b) Fica mais visível depois de retrain a vagina distal. Os rebordos vaginais foram mobilizados acima da bexiga subjacente.



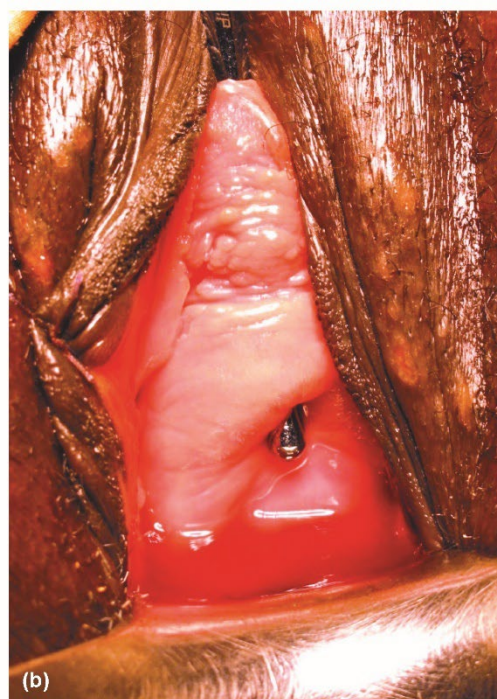
c) A bexiga é fechada numa só camada com suturas interrompidas.

**Figura 6.3**

Outro caso simples, mas ligeiramente mais difícil do que é apresentado nas Figuras 6.1 e 6.2. É mole, está localizada na junção da bexiga e da uretra, com 2 cm de diâmetro. Goh 2bi.



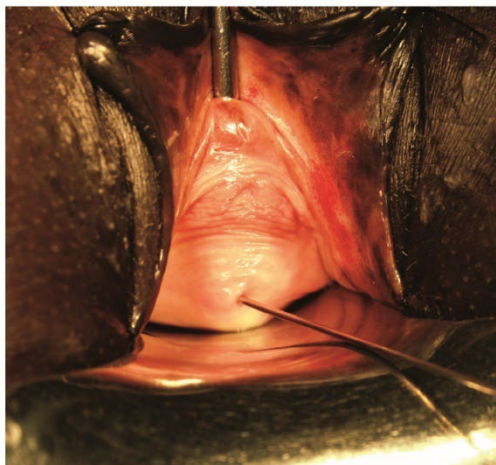
(a)



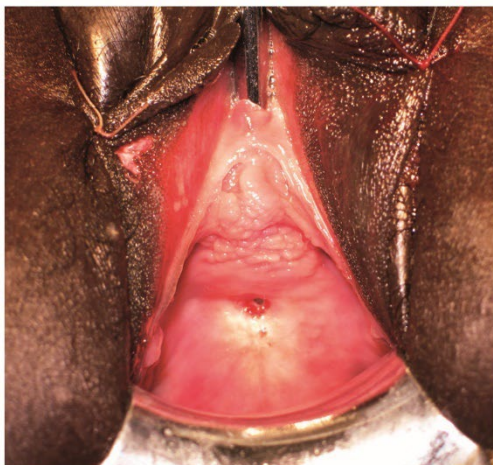
(b)

Figura 6.4

Mais dois casos relativamente simples. a) Mais profundo na vagina, Goh 1ai. b) Outro mais profundo na vagina, mais perto do colo uterino e ligeiramente para o lado esquerdo da paciente.

**Figura 6.5**

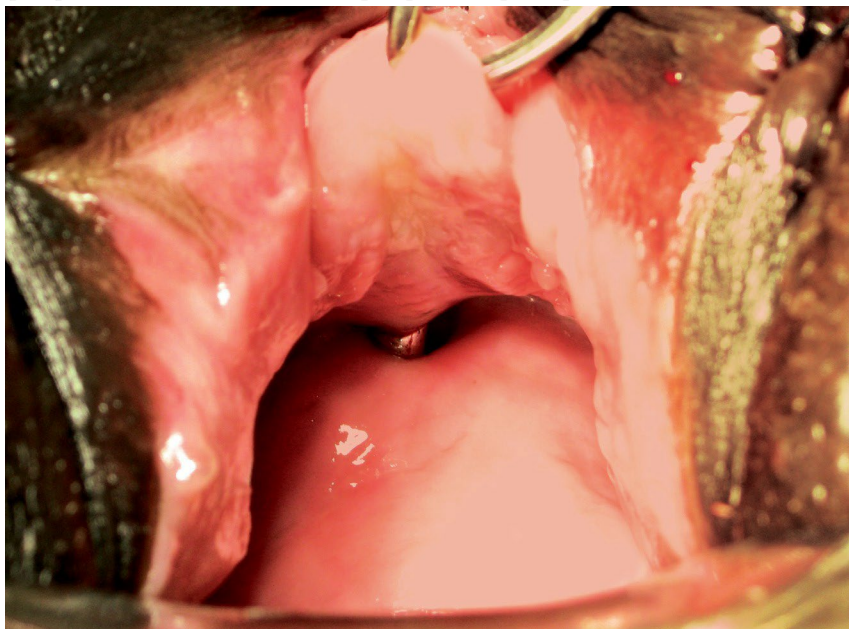
Esta é uma fístula do tipo puntiforme, Goh 1ai. Parece simples, mas é muito fácil de perder após a mobilização. É melhor tentar deixar a sonda no local até ao fim da reparação.

**Figura 6.6**

Outra fístula com a classificação de Goh 1ai, mas note que os tecidos estão apertados à volta da margem da fístula. Isto indica a existência de algum tipo de cicatriz e fixação. Quando liberta a cicatriz, o defeito na bexiga pode abrir-se e aumentar consideravelmente.

Alguns casos difíceis

Os casos apresentados nas Figuras 6.7-6.10 são mais difíceis de reparar, não devendo existir qualquer tentativa de tratamento por parte de principiantes.

**Figura 6.7**

Este caso é mais difícil e não é adequado para um principiante. Situa-se no colo da bexiga e é puxada até ao osso púbico. Existe também um defeito anterior que a torna circumferencial, Goh 2aiii.

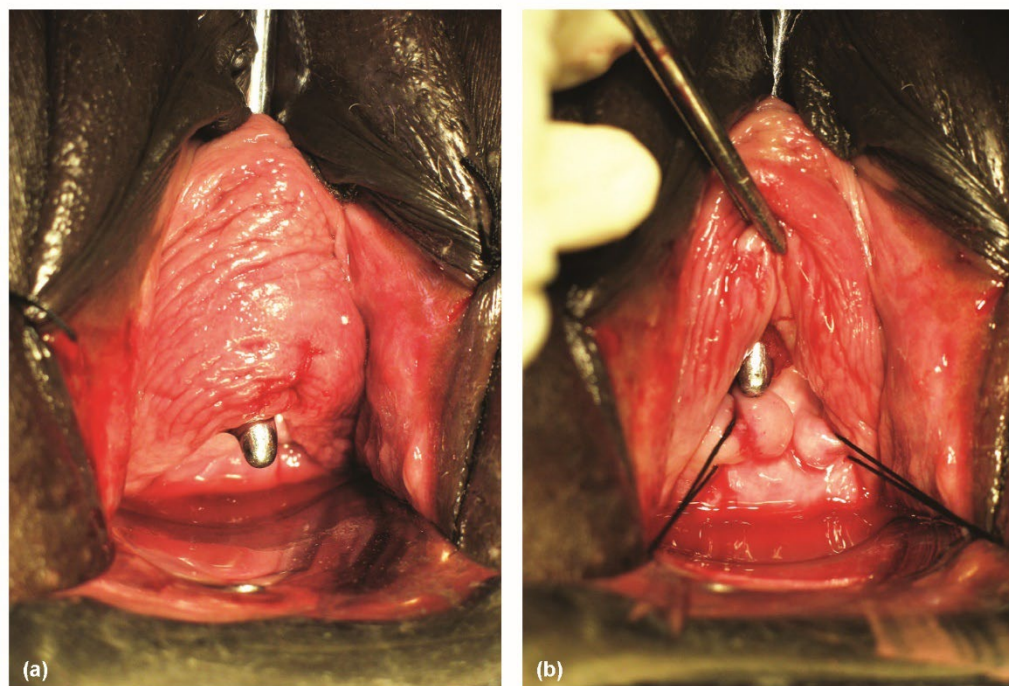
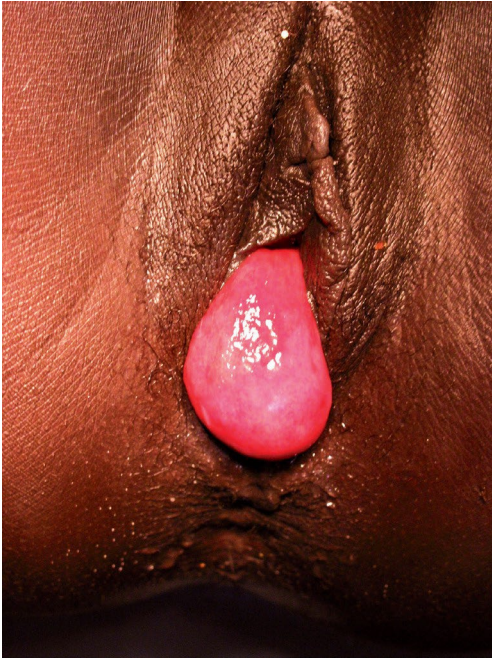


Figura 6.8

a) Inicialmente, parece tratar-se de um caso junto ao colo do útero. b) Quando a vagina é retraída, é possível ver que o colo uterino anterior está ausente e a bexiga está dividida ao longo do colo uterino. A reparação é mais exigente do ponto de vista técnico e não é adequada para um principiante, embora o prognóstico seja excelente. Quase todos os casos são curados sem incontinência persistente, uma vez que a uretra não está envolvida. Também será necessário reparar o colo uterino.

**Figura 6.9**

A fistula é tão grande que a cúpula da bexiga é invertida para fora através do colo uterino e é invertida para fora do introito.

**(a)****(b)****Figura 6.10**

a) Esta fistula parece fácil ao início. b) No entanto, quando a vagina é retraída, é possível ver que envolve o colo uterino e o uréter esquerdo está mesmo no limite. Goh 1ciii. Não é um caso adequado para um principiante.

Princípios básicos repetidos

Uma reparação simples tem sempre como objetivo fechar o orifício na bexiga e na vagina, para restaurar a anatomia normal. Os seus requisitos essenciais são os seguintes:

- exposição adequada
- proteção dos ureteres
- mobilização da bexiga em relação à vagina, ao colo uterino e às paredes pélvicas laterais em redor da fístula
- mobilização da bexiga em quantidade suficiente (após excisão da cicatriz, se necessário) para permitir um encerramento sem tensão do defeito que não apresente perdas no teste de coloração
- um teste de coloração para confirmar que o orifício foi devidamente fechado.

PROCEDIMENTO NUM CASO SIMPLES

Em primeiro lugar, vamos orientar a fístula para que saiba a que partes nos estamos a referir. Quando nos referimos à paciente, utilizamos os termos distal e proximal na verdadeira definição anatómica, mas, quando o defeito é visto na mesa cirúrgica, os termos podem parecer confusos. Distal está mais perto de si, o cirurgião, ao passo que proximal está mais fundo na vagina. A extremidade proximal da fístula está mais próxima da cúpula vaginal ou do colo uterino, ao passo que a margem distal da fístula está mais próxima do introito vaginal. (Figura 6.11)

Depois de posicionar e preparar a paciente, cosa os lábios por forma a desimpedirem o caminho. Não os estique demasiado, pois acabará por lacerar os tecidos. Basta cosê-los suavemente para cima por forma a desimpedirem o caminho em ambos os lados. Por norma, uma sutura ao nível da uretra é suficiente, mas optámos por utilizar duas na Figura 6.12. É bom cobrir o ânus com uma gaze ou suturando o campo sobre o ânus.

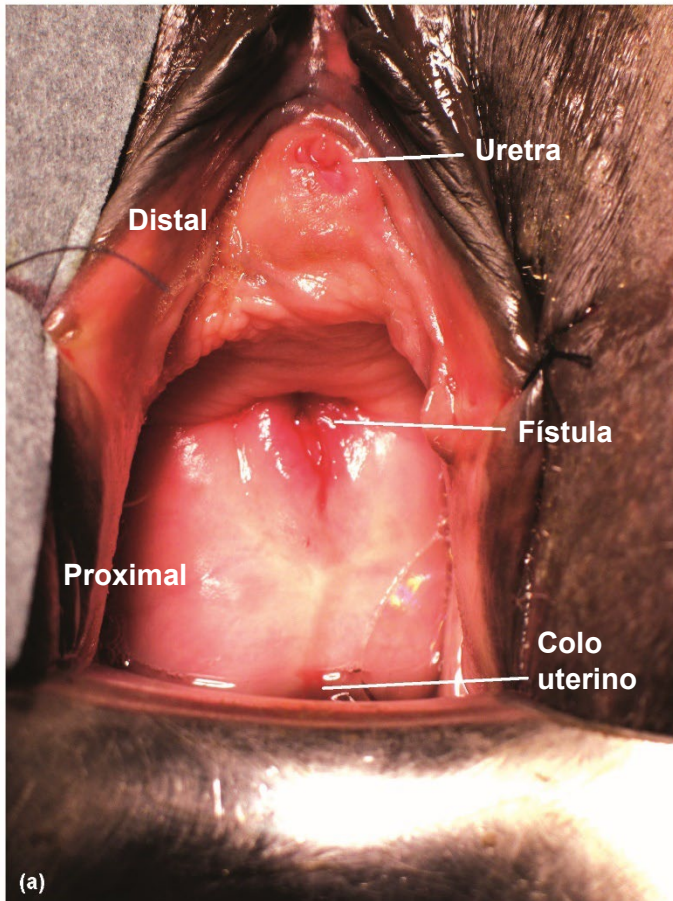
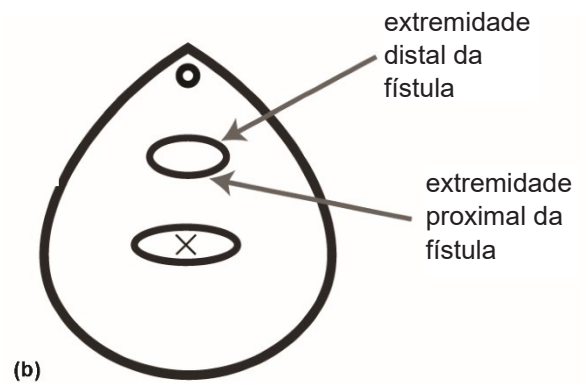
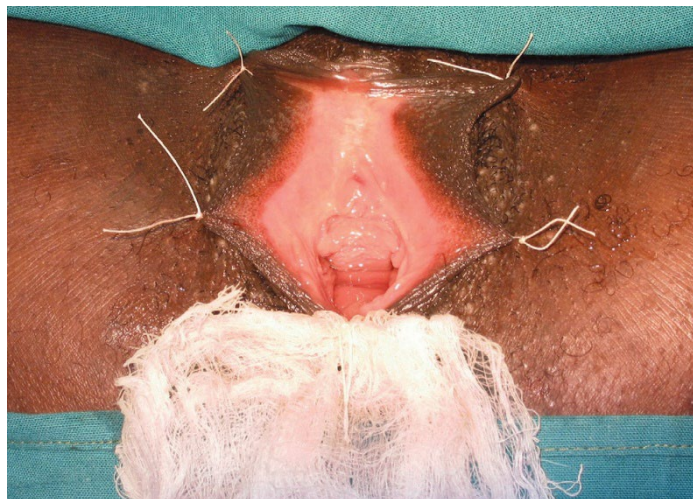


Figura 6.11

a) e b) Explicação da terminologia proximal e distal. Durante a operação, de frente para a fístula, a parte distal está mais próxima de nós (o termo distal, na verdade, é utilizado em referência à orientação anatômica da paciente) e a parte proximal está mais acima na vagina, ou seja, é proximal em relação à paciente.



**Figura 6.12**

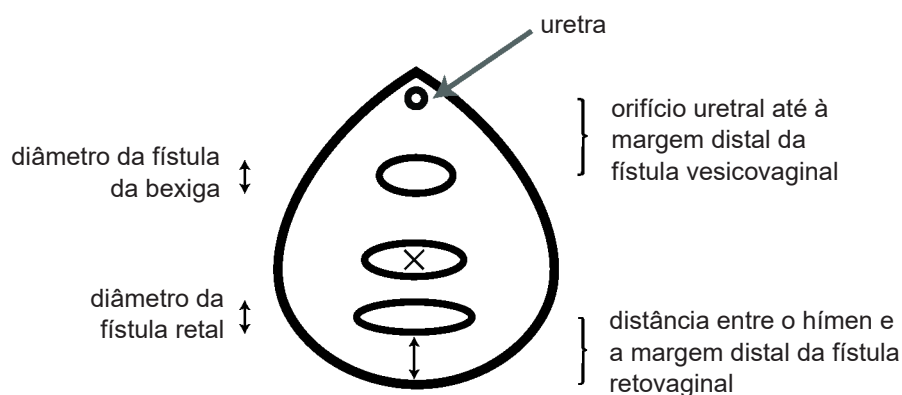
Os lábios são suturados por forma a desimpedirem o caminho (não puxá-los demasiado para não os lacerar). O ânus é coberto. Note que a vagina já tem urina acumulada.

Documentação da fístula

A fístula deve ser devidamente descrita. Utilizamos a classificação de Goh (consulte o Capítulo 1 – Sistemas de classificação).

Primeiro, a vagina é avaliada em termos de profundidade e estenose. A fístula é descrita ao nível da respetiva localização, do tamanho e de cicatrizes circundantes. Através da palpação, é necessário procurar determinar se a bexiga foi separada da uretra (fístula circunferencial). O colo uterino deve ser inspecionado e palpado para detetar lesões e a parede posterior deve ser devidamente verificada para detetar lesões retais, anais ou do esfíncter.

Quando descreve e regista uma fístula, é necessário medir determinados aspetos. (Figura 6.13) É mais fácil medir com o cateter metálico, em especial se for possível marcar gradações centimétricas ao lado para poder usar como régua.

**Figura 6.13**

Os aspetos importantes a medir também ajudam a classificar a fístula de acordo com os sistemas de Goh e Waaldijk. Meça a distância entre o meato urinário externo e a extremidade distal da fístula, bem como o diâmetro máximo da fístula. No caso das fístulas retovaginais, meça a extremidade distal da fístula até ao remanescente himenal e, tal como acontece na fístula da bexiga, meça também o diâmetro máximo.

Meça a distância entre o meato uretral externo e a margem distal da fistula, ao inserir o cateter metálico através da uretra até à fistula. Por vezes, existe uma estenose uretral que pode ser quebrada com o cateter metálico. Se for grave, é melhor removê-la. Se o cateter metálico não tiver marcações em centímetros, é útil saber o comprimento da ponta do dedo até à primeira e segunda articulações para obter uma boa estimativa.

Todas as operações devem começar por sondar a bexiga. Utilize o cateter metálico para ver o tamanho da bexiga. Meça o comprimento desde o meato uretral até à cúpula da bexiga no seu ponto máximo. Verifique sempre se existem cálculos na bexiga. Pode sentir o cateter metálico bater no cálculo enquanto sonda a bexiga. A perda de um cálculo pode representar um desastre. (Figura 6.14)

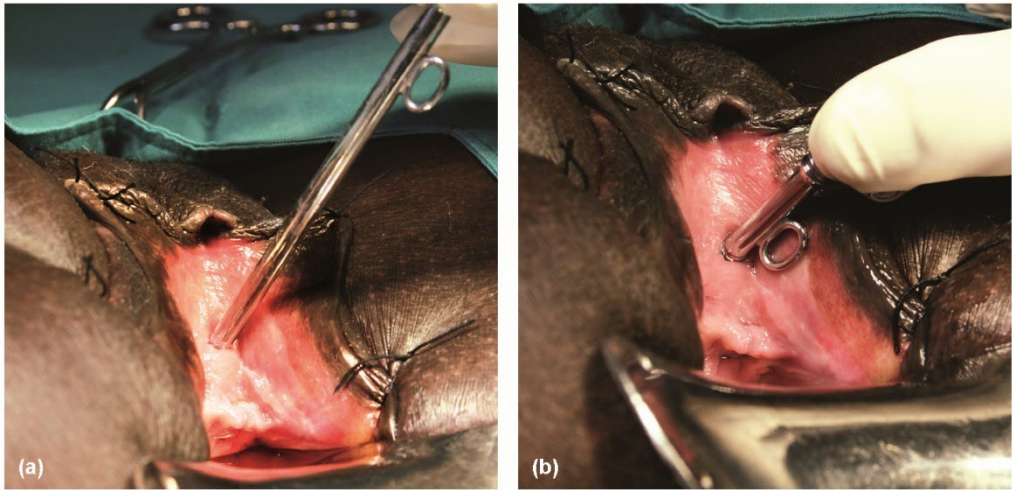


Figura 6.14

a) e b) Certifique-se de que sonda a bexiga, principalmente para verificar a existência de cálculos e também para medir o tamanho da bexiga. Registe a profundidade desde o meato urinário externo até ao fundo da bexiga.

Exposição

Por norma, a sutura lateral dos lábios para melhorar o acesso e a sutura de uma compressa ou um campo para cobrir o ânus visam obter uma boa exposição. (Figura 6.12) Em casos mais complexos, é comum encontrar cicatrizes no interior da vagina que são suficientemente graves para impedir a inserção do espéculo de Auvard. Mais frequentemente, existe uma faixa de cicatriz espessa na parede vaginal posterior. A cicatriz é libertada pela incisão lateral da faixa em ambos os lados, mantendo-se afastada do reto na linha média e da bexiga anteriormente. Em caso de dúvida, é possível introduzir um dedo no reto para efeitos de orientação. Este tipo de incisão da cicatriz pode resultar numa capacidade vaginal razoável. Em casos de cicatrizes extensas, as incisões laterais podem ser realizadas ínfero-lateralmente na direção da fossa isquiorretal, dando origem a grandes episiotomias. Em seguida, é possível introduzir um espéculo de Auvard, expondo a fistula.

Mais frequentemente, uma episiotomia simples, por vezes bilateral, melhora bastante o acesso. (Figura 6.15) Os principiantes terão de efetuar episiotomias com mais frequência do que os cirurgiões experientes.

Alguns cirurgiões infiltram a parede vaginal em torno da margem da fistula com um agente hemostático leve (adrenalina 1:200 000 [epinefrina]). Isto reduz a perda de sangue, ajudando assim a dissecação.

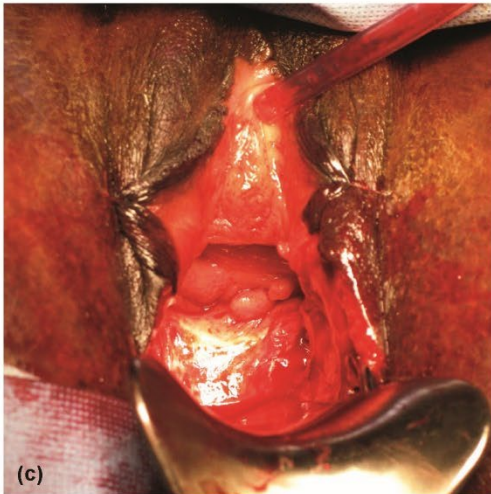
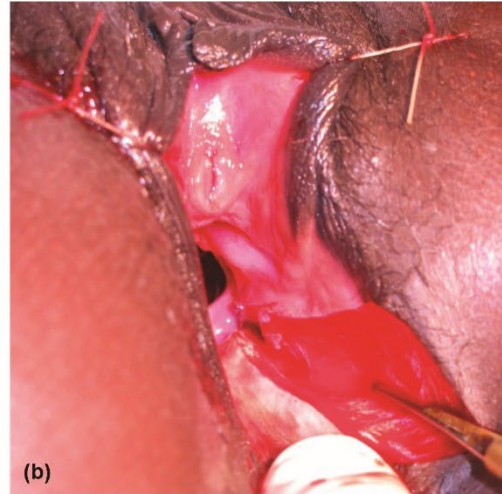
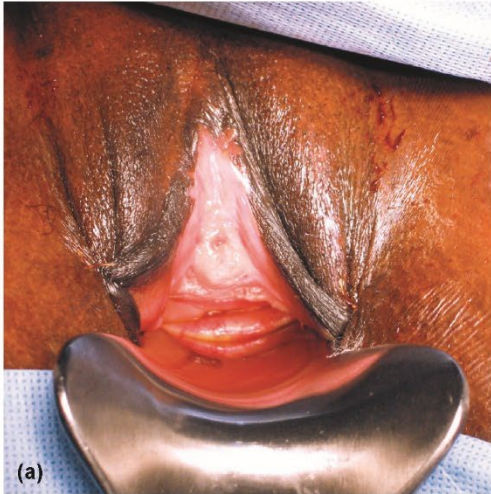
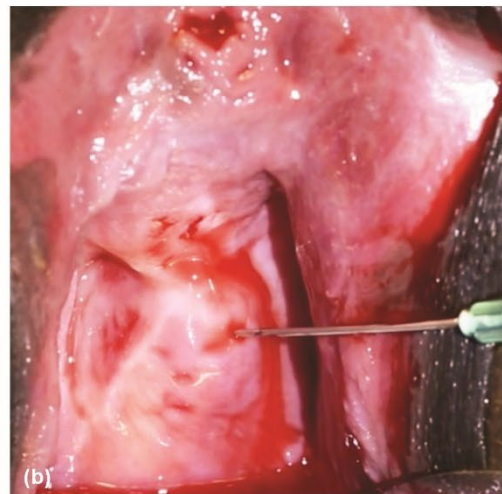
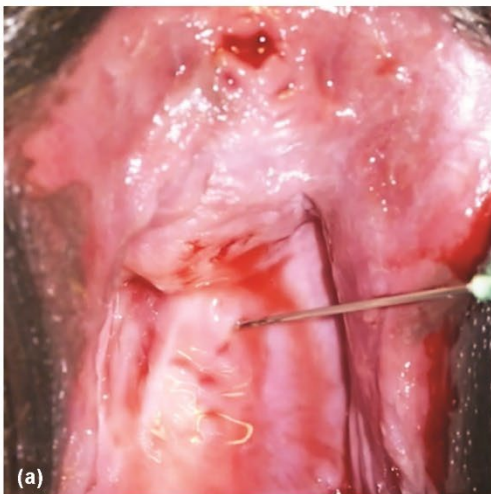


Figura 6.15

Melhoria do acesso mediante episiotomia. a) Existe um rebordo de cicatriz na parte posterior da vagina que segura o espéculo e dificulta o acesso à fístula. b) Certifique-se de que a incisão é efetuada lateralmente, afastando-se do reto. c) Foram efetuadas episiotomias bilaterais. A exposição melhora de forma considerável.

Figura 6.16 (abaixo)

Hidrodissecção. a) A agulha é inserida mesmo por baixo da vagina e acima da bexiga. b) A injeção do líquido diseca o plano, afastando a vagina da bexiga e facilitando assim, em grande medida, a dissecção cirúrgica.



Depois de o efeito passar, existe um pequeno risco de hemorragia reacionária. Outros preferem utilizar soro fisiológico isotônico apenas para ajudar na hidrodissecção. Se o infiltrado for introduzido no plano de tecidos correto sob a pele vaginal, tal deverá ocorrer de forma simples (exceto em caso de cicatrizes graves). Apesar de muitos cirurgiões não efetuarem qualquer tipo de infiltração, acreditamos que este é um processo útil para os principiantes. A introdução de uma quantidade significativa de infiltrado também ajuda a separar os planos, facilitando assim a dissecação (hidrodissecção). (Figura 6.16)

Proteção dos ureteres

É aconselhável identificar os ureteres em todos os casos, exceto nas fístulas mais pequenas. Os ureteres entram na bexiga nas posições imediatamente distais e laterais ao colo uterino e são identificados através de uma sonda ureteral. (Figura 6.17) Se os ureteres forem difíceis de identificar, a administração de 10 mg de furosemida por via intravenosa e um bólus de fluido intravenoso produzem um jato de urina intermitente de cada orifício ureteral, ajudando à respetiva localização. (Figura 6.18) Se os ureteres estiverem próximos da margem da fístula, devem ser cateterizados. Para isso, devem avançar para cima até à pélvis renal e, em seguida, devem ser removidos ligeiramente. Isto serve para evitar a incorporação dos ureteres na reparação. Ainda assim, mesmo com este passo, os ureteres têm sido danificados durante a dissecação. De qualquer forma, é necessário ter muito cuidado (consulte o Capítulo 13 – Um uréter danificado). Remova os cateteres através da uretra, ao enfiá-los num cateter metálico ou puxá-los com uma pequena pinça de Kelly. (Figura 6.19) Em seguida, fixe-os ao monte púbico com um ponto simples. Sempre que possível, é melhor cateterizar os ureteres antes de iniciar a dissecação, mas, por vezes, é necessária alguma dissecação para possibilitar a visualização dos ureteres.

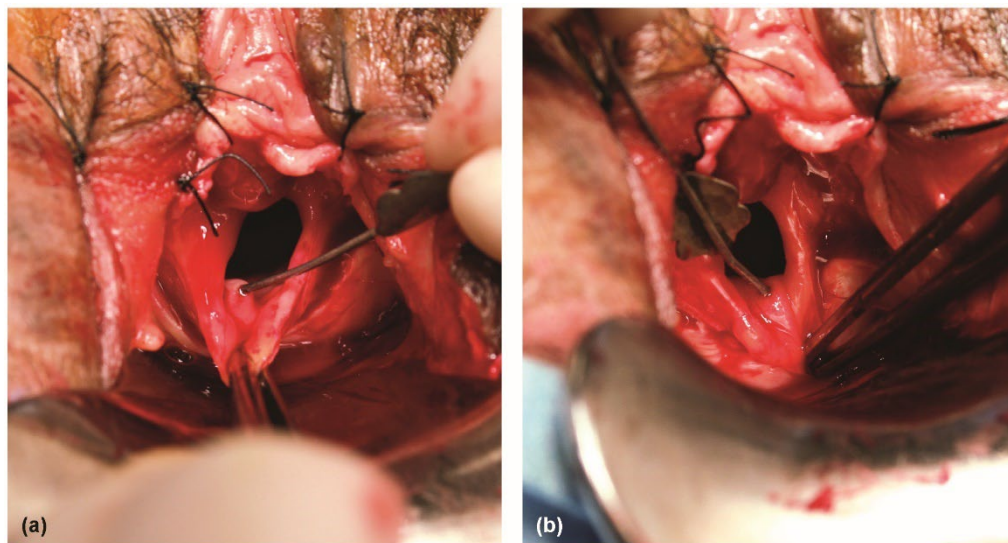
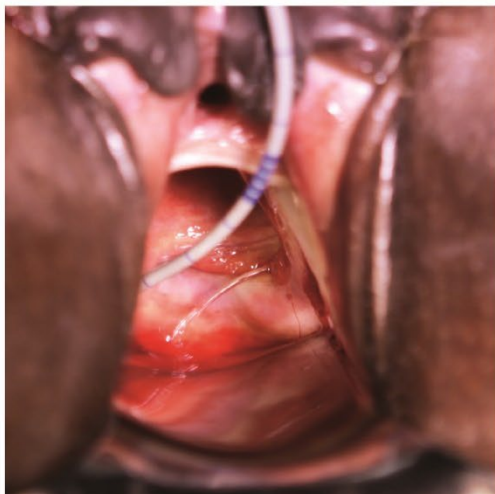


Figura 6.17

a) O uréter direito é identificado. b) O uréter esquerdo é identificado.

Mobilização, dissecação e separação das camadas

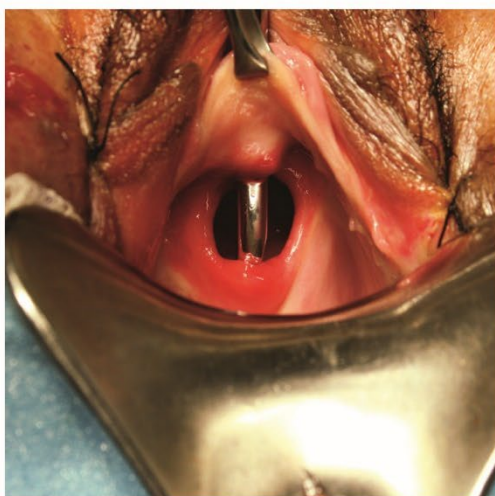
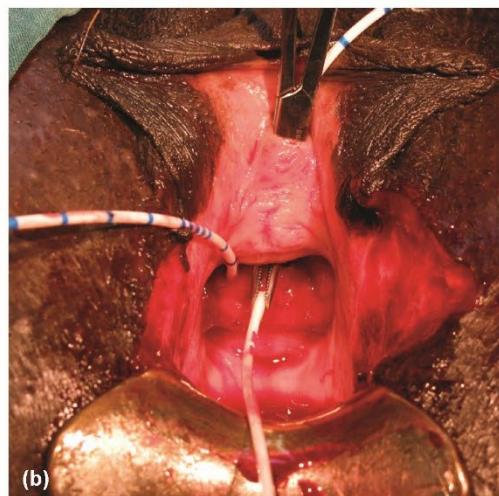
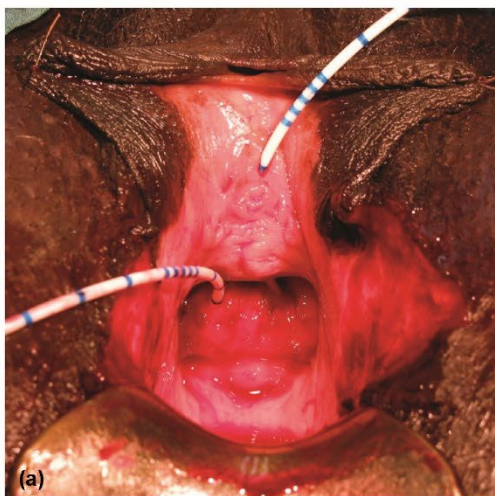
Inicialmente, a parede vaginal distal à fístula deve ser segurada com a pinça de Allis. A tração em sentido ascendente permite ver a fístula. (Figura 6.20)

**Figura 6.18**

Foi administrada uma dose de 10 mg de furosemida por via intravenosa e o uréter esquerdo é visto a jorrar aqui, ajudando na identificação.

Figura 6.19 (abaixo)

a) e b) Os cateteres ureterais são puxados através da uretra. Neste caso, com uma pinça do tipo mosquito curva. Outra opção consiste em passar um cateter metálico através da uretra e para fora da fístula e, em seguida, enfiar o cateter ureteral através da extremidade de um cateter metálico e removê-lo. Posteriormente, os cateteres são cosidos ao monte púbico, fixando-se o cateter ureteral direito à direita da paciente e o cateter ureteral esquerdo à esquerda da paciente.

**Figura 6.20**

A vagina distal é agarrada com a pinça de Allis e levantada para cima, expondo muito claramente a fístula.

A margem proximal da fístula é incisada, com a incisão a ser efetuada através de toda a espessura da parede vaginal, mas não incluindo a bexiga. A incisão é efetuada à volta da fístula, onde o epitélio da bexiga se encontra com a vagina. Em seguida, a incisão avança para as paredes laterais da vagina a partir dos ângulos esquerdo e direito da fístula. Esta incisão é efetuada horizontalmente, não devendo avançar demasiado em direção ao introito. Procuro efetuar estas incisões paralelas ao chão, em especial quando as estendo para as paredes laterais da vagina. Proceder desta forma ajuda no acesso para efeitos de dissecção (Figura 6.21). Também é possível efetuar um rebordo razoável com este tecido vaginal que poderá ser útil para reparar a vagina no final da operação. Se dirigir a incisão lateral demasiado para a frente/em posição distal em direção ao introito, o rebordo vaginal não será suficientemente grande para cobrir a reparação mais tarde. Uma lâmina de tamanho 15 é a mais adequada para executar este passo.

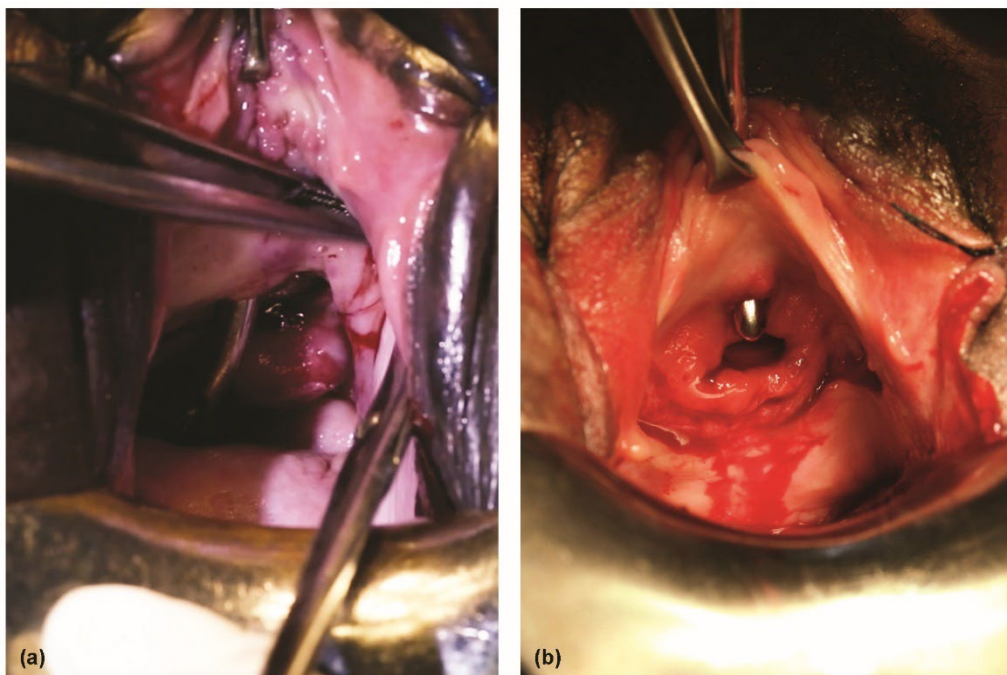


Figura 6.21

a) No caso de fístulas maiores, é útil estender a incisão lateral até à parede lateral da vagina, tornando-a paralela ao chão. b) Agora, já é muito fácil aceder à fístula.

A parede proximal da bexiga é agarrada com a pinça de Allis e segurada pelo assistente. O cirurgião segura a parede vaginal com uma pinça de dissecção e aplica suavemente uma contração para expor o plano operatório. Para desenvolver o plano entre a bexiga e a vagina, é utilizada uma combinação de dissecção pontiaguda e romba (Figura 6.22). Note que a bexiga e a vagina são mantidas separadas com a pinça de Allis para mostrar o espaço existente entre ambas. Abrir as pontas da tesoura neste plano ajuda a desenvolvê-lo. Durante a dissecção, é necessário manter a tensão tanto na bexiga como nas paredes vaginais. Isso ajuda a encontrar o plano de tecidos adequado para a dissecção. É importante manter-se logo abaixo da vagina. Certifique-se sempre de que a curva da tesoura está a apontar para longe da bexiga, em direção à vagina. A hemorragia é um sinal de aviso de que a parede da bexiga foi penetrada e que está no plano de tecidos errado.

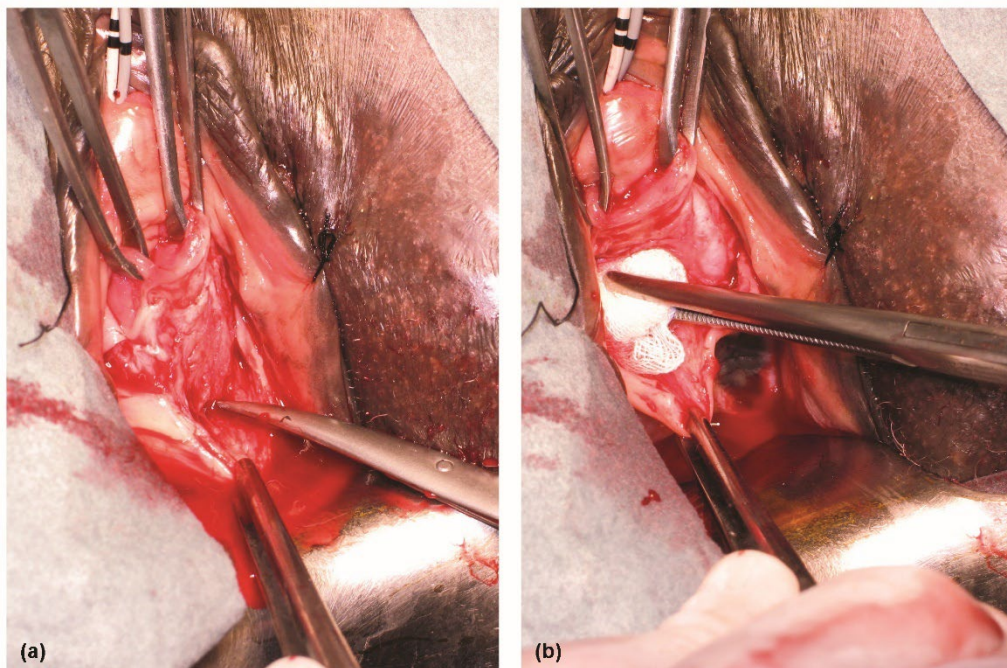


Figura 6.22

a) A bexiga é mantida para cima com uma pinça de Allis e a vagina é puxada para baixo com uma pinça para tecidos. É utilizada uma dissecção pontiaguda, garantindo que a curva da tesoura está a apontar para longe da bexiga. b) Quando o plano está correto, é possível utilizar uma dissecção romba suave com a ponta de um dedo ou, neste caso, com uma gaze pequena na pinça de Kelly.

A dissecção é prolongada lateralmente até que os ângulos da fístula fiquem livres. Certifique-se de que não fere os ureteres. Após o cateterismo dos ureteres, é fácil sentir onde estes se encontram. A dissecção pode parecer bastante extensa para o cirurgião de fístulas novato, mas deve ser suficientemente extensa para libertar a bexiga da vagina e permitir o encerramento completamente livre de tensão da bexiga. A dissecção efetuada será muito maior numa direção proximal do que na dissecção distal. A mobilização estende-se frequentemente até ao colo uterino ou para além do mesmo. É aqui que obtém a mobilidade da bexiga, e não distalmente sobre a uretra, que é fixa. Esta é a lição mais importante para o cirurgião de fístulas. Se a bexiga for fechada sujeita a qualquer tipo de tensão, a operação falha.

Em lesões mais graves, a margem lateral da fístula liga-se ao osso púbico, pelo que é claramente necessária uma estratégia diferente. O tratamento a seguir nesta situação é discutido em “Procedimentos operatórios para fístulas circunferenciais”, mais adiante neste capítulo.

Depois de a margem proximal ter sido mobilizada o suficiente, é dada atenção à margem distal. A maioria dos cirurgiões iniciantes na cirurgia de fístulas considera que este plano é difícil de dissecar, em especial quando a fístula é puxada para cima atrás da sínfise.

O cateter metálico é um retrator útil na uretra, além de também ajudar o cirurgião a medir a espessura dos planos de tecidos, que são finos durante a aproximação da uretra. Para o efeito, é possível efetuar uma pequena incisão vertical a partir da margem distal da fístula na linha média. A incisão à volta da margem distal da fístula junta-se à dissecção proximal anterior.

É efetuada uma extensão lateral para baixo ao longo do eixo da vagina. Isto pode já ter sido efetuado a partir das extremidades laterais da dissecação proximal, sendo particularmente importante quando uma fístula é puxada para cima atrás da sínfise.

O rebordo distal deve agora ser dissecado da uretra proximal e da região para-uretral. A elevação do rebordo distal deve começar sempre pela dissecação na extremidade lateral (Figura 6.23a e b), trabalhando em direção à linha média e utilizando a curva da tesoura para ajudar a entrar no plano. Se tal não for efetuado, a uretra pode ser facilmente danificada e o rebordo pode rasgar-se. Continue a avançar a mobilização para a direita da paciente. Se a fístula for puxada para cima atrás da sínfise, as pontas em ângulo reto da tesoura Thorek (consulte o Capítulo 5 – Instrumentos adicionais) são muito úteis. A pinça de Allis é novamente útil para aplicar tração e colocar a margem superior à vista, bem como aplicar tração e contra-tração para encontrar o plano de tecidos correto.

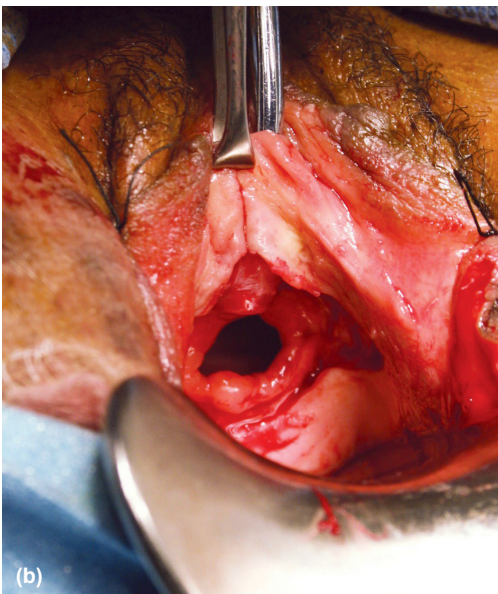
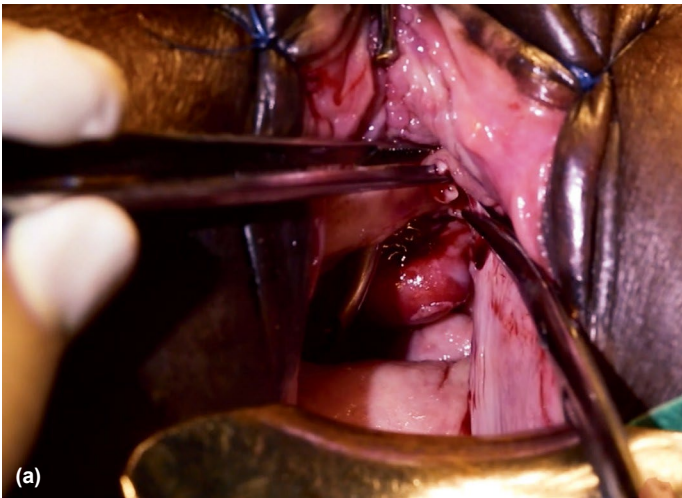


Figura 6.23

a) Com a curva da tesoura, comece a mobilizar a vagina para fora da parede lateral da vagina e trabalhe primeiro em direção à linha média e depois para o outro lado. b) O rebordo distal está agora mobilizado.

Se tiver efetuado uma incisão vertical na linha média, pode dissecar a partir da linha média e desenvolver um rebordo direito e esquerdo. No entanto, deve certificar-se de que os ângulos laterais da fístula estão bem mobilizados e livres.

Quando o cirurgião considerar que a dissecação foi suficiente para permitir um encerramento sem tensão, o tecido refletido é cosido aos lábios de cada lado com uma sutura. (Figura 6.24)

A extremidade da fístula é limpa de qualquer tecido cicatricial ou pele vaginal residual. Os ângulos são novamente examinados para garantir que não estão presos ao ramo púbico inferior em nenhum dos lados. Se os ângulos continuarem presos, é necessária uma dissecação adicional até ficarem devidamente livres e poderem ser reparados sem tensão.

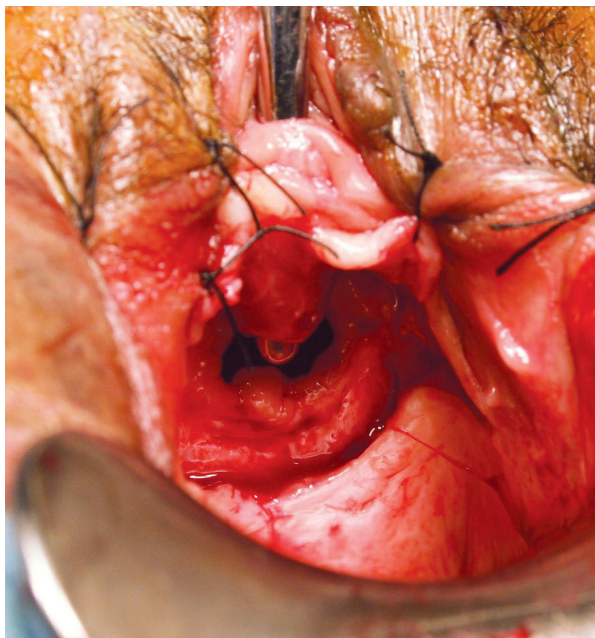
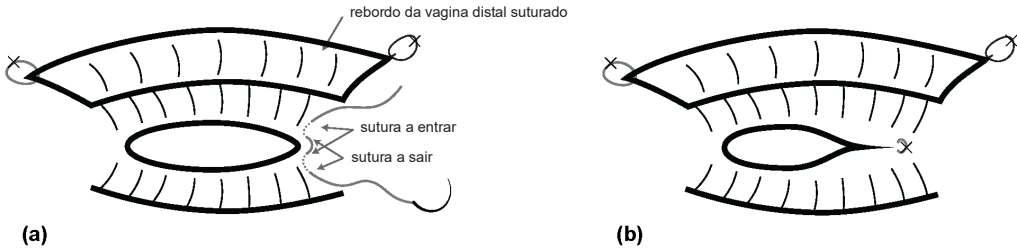


Figura 6.24

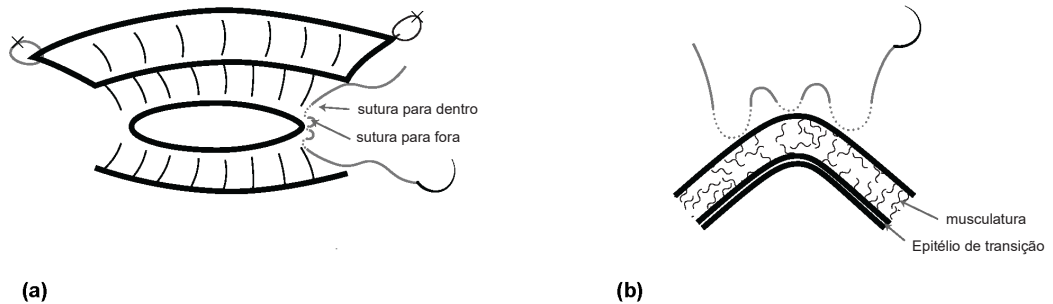
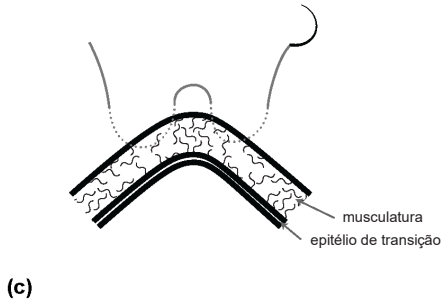
O rebordo da vagina distal está agora suturado por forma a desimpedir o caminho. Não puxe demasiado as suturas nem rasgue os tecidos. Apenas pretende a retração por forma a desimpedir o caminho.

Encerramento sem tensão

Em seguida, a fístula é reparada com suturas absorvíveis 2-0 interrompidas. A vagina é uma área confinada para operar, pelo que a sutura pode representar um problema. São necessárias agulhas pequenas e resistentes. As antigas agulhas de anzol (J) são maravilhosas, mas são cada vez mais difíceis de encontrar. Recentemente, começámos a utilizar as agulhas de 5/8 de círculo, que são tão boas como as agulhas em forma de J, se não melhores. Os ângulos são fixados primeiro, dando dois pontos laterais aos ângulos, um distal, certificando-se de que a agulha sai exatamente no ângulo da fístula, e depois um proximal, seguindo a mesma linha do primeiro ponto, começando no ângulo e saindo proximalmente. (Figura 6.25) Um cirurgião de fístulas experiente efetua esta operação em três pontos, um distal, depois uma sutura extra que apanha o ângulo da fístula e, por fim, a sutura proximal. O princípio consiste em fechar o ângulo de forma segura, sem espaço atrás da sutura para a urina sair. (Figura 6.26) Estas suturas devem corresponder a pontos bem efetuados na camada muscular da bexiga. As suturas dos cantos são cortadas depois de serem amarradas para identificação. (Figura 6.27) No que diz respeito às suturas centrais, pode ser mais fácil se as mesmas só forem amarradas depois de todas terem sido inseridas.

**Figura 6.25**

a) As primeiras suturas de ângulo devem ser imediatamente laterais ao ângulo. Certifique-se de que puxa a agulha por completo em cada passo, ou seja, primeiro de forma proximal à fístula, saindo mesmo no ângulo, e depois de forma distal, entrando no ângulo e saindo um pouco lateralmente. b) Quando aperta a sutura, esta empurra ou inverte o epitélio da bexiga para o seu interior. c) Certifique-se de que apenas atinge a camada da musculatura. Não empurre a sutura de forma demasiado profunda e entre através do epitélio.

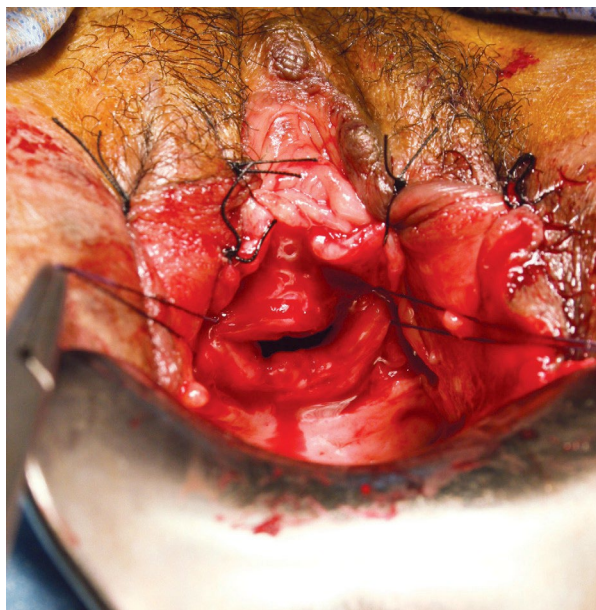
**Figura 6.26**

a) e b) Outra técnica consiste em efetuar a sutura em três fases, sendo que o passo adicional passa por prender a musculatura mesmo no ângulo da fístula, tornando-a realmente segura.

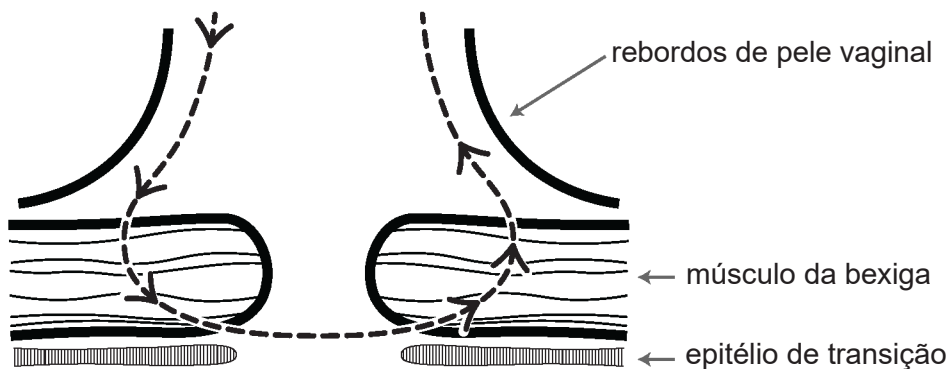
É muito importante garantir que não existe qualquer protrusão da mucosa da bexiga em qualquer parte da linha de sutura. Isto é especialmente verdade nos cantos. A sutura inclui apenas o músculo da bexiga. A mucosa é excluída da reparação para inverter a mesma para a bexiga. (Figura 6.28)

Uma camada ou duas?

Tradicionalmente, são recomendadas duas camadas de suturas para a bexiga, mas, regra geral, a maior parte dos cirurgiões utiliza apenas uma camada. Os pontos devem ser precisos e espaçados de forma uniforme, com cerca de 4 mm de distância entre si. Uma dica técnica passa por nunca tentar segurar uma pinça e o suporte de agulhas enquanto amarra os nós.

**Figura 6.27**

As duas suturas de ângulo estão agora seguras e presas com uma pinça para artérias.

**Figura 6.28**

A sutura inclui apenas a camada muscular da bexiga, procurando excluir o epitélio de transição da bexiga.

É muito mais fácil avaliar a tensão com exatidão quando ambas as mãos estão livres. (Figura 6.29) Nunca deve ser utilizada uma segunda camada ao suturar a uretra. Se tal for efetuado, existe uma forte probabilidade de cortar ou encurtar efetivamente a uretra. Em jeito de mantra, costumo ensinar aos cirurgiões em formação que, se conseguirmos um ponto bem feito num tecido saudável sem tensão, não existe motivo para que este se rompa.

Verificar o encerramento com um teste de coloração

Uma vez concluída a reparação (Figura 6.30), é efetuado um teste de coloração para assegurar o bom encerramento da bexiga. (Figura 6.31) É passado um cateter de Foley n.º 16, é introduzida na bexiga uma solução salina colorida com azul de metileno (cerca de 60-100 cm³ devem ser suficientes) e a linha de sutura é verificada quanto a eventuais perdas. Um erro comum passa por utilizar o corante demasiado concentrado. As perdas resultantes da reparação ou da uretra mancham tudo em demasia, dificultando a identificação da perda.



Figura 6.29

É melhor pousar os instrumentos e apertar os nós com as duas mãos livres.

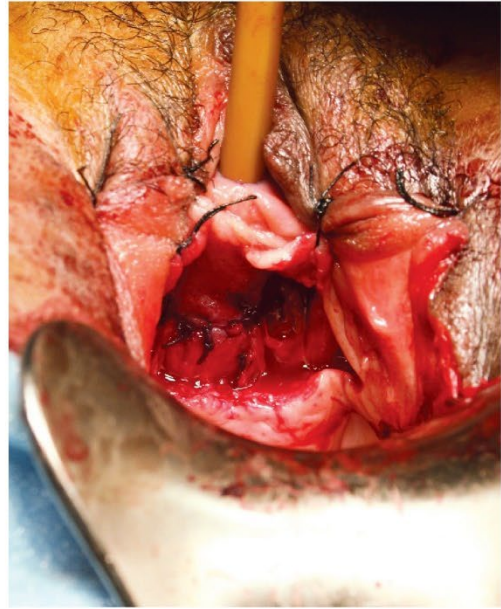


Figura 6.30

A bexiga está agora bem fechada.

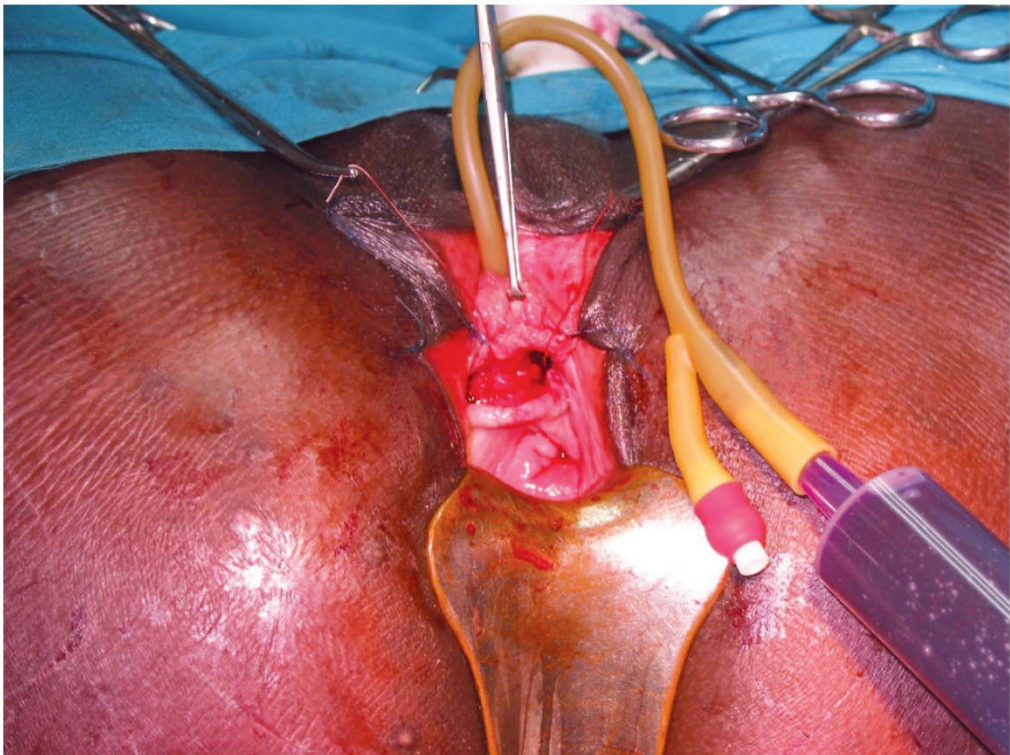


Figura 6.31

Verifique se o encerramento está seguro através de um teste de coloração.

Um método mais objetivo consiste em encher a bexiga através de um funil de filtro ou uma seringa aberta, derramando o corante até que a pressão intravesical atinja cerca de 30 cm de H₂O. Este valor é avaliado pela altura do fluido no cateter mantido verticalmente. O volume introduzido confere a medida da capacidade funcional da bexiga.

Uma paciente pode apresentar mais do que uma fístula, pelo que, enquanto o corante permanecer na bexiga, é importante inspecionar cuidadosamente o resto da vagina para detetar eventuais perdas. (Figura 6.32) Pode ser necessário pressionar suavemente o meato uretral com uma compressa para evitar que o corante vaze da uretra e se espalhe pela vagina, dificultando assim a interpretação do teste. Isto é especialmente frequente se, para além do cateter de Foley, existirem cateteres ureterais na uretra, uma vez que o corante se desloca através dos espaços existentes entre os cateteres. Se o teste de coloração for satisfatório, é possível libertar a pressão sobre a uretra para procurar uma perda uretral à volta do cateter. Ainda permanece por determinar se este procedimento prevê a incontinência de esforço.

Se for detetada uma perda na linha de sutura, é necessário proceder a uma sutura adicional. No entanto, se a perda não for controlada por uma ou duas suturas adicionais, é preferível remover, pelo menos, uma parte da reparação e começar de novo, em vez de inserir cada vez mais suturas que apenas vão estrangular o tecido, causando isquemia e a falha da reparação.



Figura 6.32

Neste caso, a reparação da fístula está correta, mas o teste de coloração revelou uma outra fístula anteriormente não detetada na parte superior da vagina, adjacente ao colo uterino.

Encerramento vaginal

O encerramento vaginal é efetuado com suturas interrompidas. (Figura 6.33) Sempre que possível, é preferível fechar a vagina por completo com suturas de colchão verticais evertidas. Por vezes, são deixadas pequenas fendas na vagina, uma vez que não é fácil de efetuar a aproximação às extremidades. Por norma, estas fendas costumam cicatrizar por granulação e epiteliação, mas podem dar origem a uma vagina anterior apertada e presa que, por sua vez, pode produzir incontinência uretral (consulte o Capítulo 6 – Procedimentos operatórios para reduzir a incidência de incontinência de esforço). Se for deixada uma fenda de grandes dimensões na vagina, a bexiga rompe-se invariavelmente. Kees Waaldijk costuma afirmar que “Um teto precisa do telhado para manter a chuva do lado de fora”. Isto significa que as duas camadas de bexiga e vagina mantêm a urina fora da vagina.

Em caso de hemorragia entre a vagina e a bexiga, é possível que um hematoma infectado irrompa na bexiga e/ou vagina, pelo que deve certificar-se de que não existem hemorragias ativas e

utilizar tampões para tratar eventuais exsudados residuais. Tenha em conta que, se a vagina for encerrada com tensão, o meato uretral é frequentemente puxado para dentro da vagina.

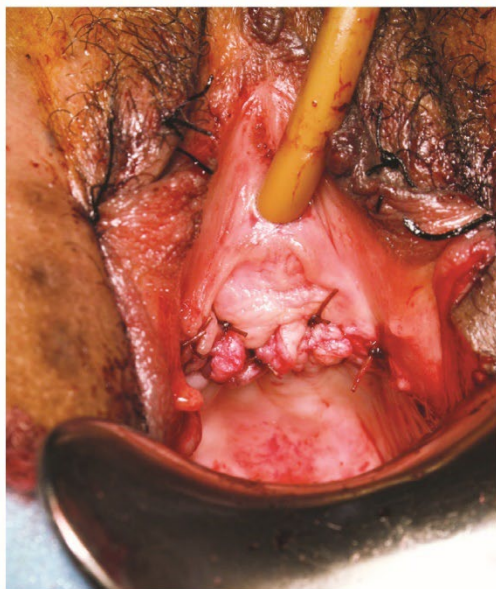


Figura 6.33

Esta pele vaginal foi reparada com suturas de colchão evertidas interrompidas.



Figura 6.34

É colocado um tampão na vagina durante 24 horas. Proteja a reparação enquanto insere o tampão, colocando um espéculo de Sims sobre a mesma.

Este procedimento irá também abrir a uretra, pelo que a paciente acabará quase sempre por sofrer de incontinência de esforço ou incontinência uretral. Poderá ser necessário fechar o defeito na vagina através de rebordos.

Hemostasia

Os vasos com hemorragia ativa devem ser sempre fixados por uma sutura em forma de oito, mas, por vezes, é necessário aceitar um certo grau de exsudação contínua. Este pode ser reduzido por uma maior inclinação da cabeça para baixo ou por compressas embebidas em adrenalina diluída e, finalmente, pode ser controlado por tampão.

Tampão vaginal

É habitual terminar por um tampão vaginal com gaze embebida numa solução antisséptica. A exsudação venosa residual é comum no final de grandes operações e pode aumentar depois de o efeito da injeção de adrenalina passar e enquanto a paciente estiver deitada, não se encontrando mais numa posição de Trendelenburg. A introdução de um tampão firme pode resolver a situação. No entanto, é importante ter em conta que um tampão pode impedir o reconhecimento de hemorragias graves durante várias horas e que, no pós-operatório, a paciente deve ser examinada com regularidade. Na maioria dos casos secos simples, provavelmente não são

necessários tampões, mas, para simplificar os cuidados de enfermagem, é preferível adotar uma política de “tudo ou nada” com todas as pacientes a terem os tampões removidos no dia seguinte, exceto em circunstâncias especiais.

Durante o tamponamento, o local da reparação deve ser sempre protegido com um espéculo de Sims. (Figura 6.34)

Fixação do cateter permanente

Alguns cirurgiões preferem suturar o cateter permanente aos lábios, enquanto outros se limitam a colocar o cateter com fita adesiva (consulte o Capítulo 11 – Princípios dos cuidados a ter com o cateter). O objetivo passa por garantir que o balão do cateter não exerce pressão nem puxa o local da reparação, em especial enquanto a paciente caminha. Isto não deve ser um problema para as fístulas vaginais altas, em que o local da reparação se encontra afastado do colo da bexiga, onde o balão irá assentar, mas é um problema para as fístulas que envolvem a uretra ou o colo da bexiga. Prefiro fixar o cateter no local para evitar que o balão permanente exerça qualquer tipo de pressão ou tração sobre a reparação. É preferível fixá-lo ao abdômen do que à perna. Se o mesmo for fixado à perna com fita adesiva, o cateter de Foley é puxado enquanto a paciente caminha e o balão é puxado para dentro da bexiga, contra a reparação, que é precisamente o que estamos a tentar evitar. Ao tentar fixar com fita adesiva, lembre-se de que muitas mulheres em África gostam de usar vaselina na pele, o que impede a fita adesiva de colar. Poderá ser necessário limpar a área onde irá colocar a fita adesiva para ajudar a aderir melhor.

O mais importante é manter a bexiga vazia e o cateter a drenar corretamente durante 10 dias a 2 semanas após a operação.

A secção seguinte descreve a seleção de casos para os cirurgiões mais experientes.

FÍSTULAS JUNTO À URETRA E CIRCUNFERENCIAIS

Nesta secção, são discutidos os seguintes aspetos:

- Tratamento das fístulas junto à uretra e circunferenciais
- Tratamento do envolvimento ureteral.

É comum existirem fístulas na área do colo da bexiga. Chamamos-lhes fístulas junto à uretra. Podem ser pequenas, envolvendo apenas o aspeto posterior da área do colo da bexiga. Podem ser muito grandes, com o colo da bexiga posterior, lateral e anterior e a bexiga e uretra adjacentes todos necrosados, tornando a fístula circunferencial. Depois, existem todas as possibilidades entre uma opção e outra.

As fístulas junto à uretra pequenas podem ser bastante simples de reparar, mas os casos circunferenciais grandes podem ser muito complexos. Muitos cirurgiões de fístulas em formação já examinaram uma paciente e diagnosticaram uma fístula junto à uretra pequena, levaram-na depois para o bloco operatório e só depois se aperceberam da existência de um defeito circunferencial que ultrapassava as suas competências.

Muitos dos defeitos circunferenciais maiores têm também o uréter envolvido.

A chave para reparar as fístulas mais complexas passa, em primeiro lugar, por compreender a fístula circunferencial.

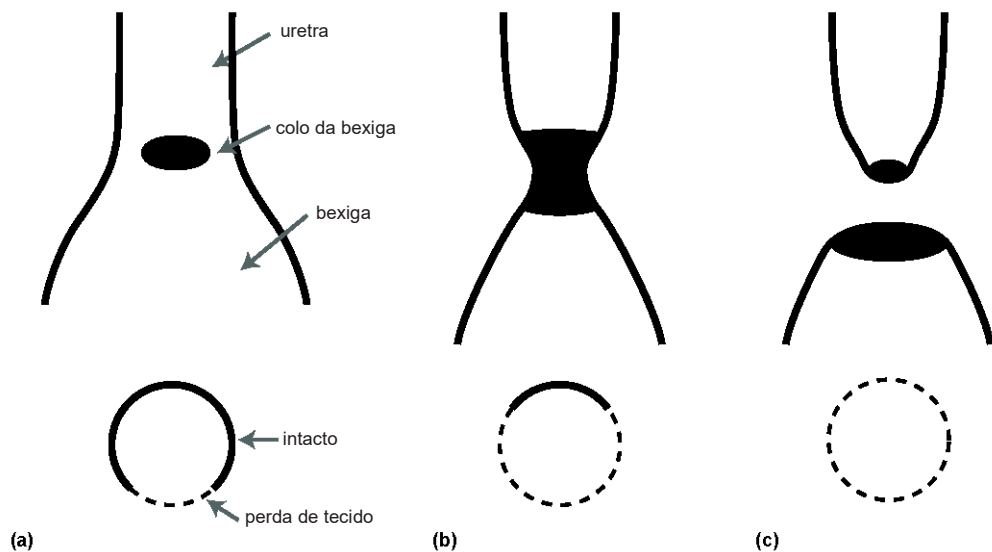
Qualquer pessoa que leia os manuais de reparação de fístulas vesicovaginais pode ficar com a impressão de que a fístula é um simples orifício na base da bexiga que precisa de ser fechado transversalmente numa camada até à bexiga, com a reparação da vagina por cima. O conceito de perda circunferencial e as estratégias para lidar com a mesma são, muitas vezes, ignorados.

Na maioria dos casos, a lesão isquémica ocorre na junção uretrovesical (colo da bexiga). Se a parte posterior da uretra proximal e o colo da bexiga forem afetados e entrarem em necrose, dá-se o nome de fístula junto à uretra. Esta é uma situação bastante comum. Se a isquemia for mais grave e afetar as paredes anterior, lateral e posterior da uretra, bem como o colo da bexiga, e estivermos perante a presença de necrose, a lesão resultante é chamada de circunferencial. Toda a circunferência da uretra/do colo da bexiga entra em necrose e a uretra acaba por se separar da bexiga por completo.

Os graus de perda circunferencial são ilustrados na Figura 6.35. É necessário ter em conta que, nos defeitos de maiores dimensões, a parede anterolateral da bexiga adere aos ramos púbicos. Em termos práticos, é necessário distinguir entre fístulas sem uma fenda anterior, fístulas com uma fenda pequena ou insignificante e, finalmente, fístulas com uma fenda significativa. O tratamento é diferente consoante o caso. Muitas vezes, o defeito estende-se apenas por uma parte da circunferência da região do colo da bexiga e surge como um orifício simples durante a inspeção clínica. No entanto, ao começar a dissecar no bloco operatório, por vezes também é possível detetar um defeito anterior. Os vários graus de perda são apresentados na Figura 6.35.

Existem vários aspetos importantes a considerar:

- A fístula situa-se apenas na zona posterior da uretra/bexiga? Em caso afirmativo, é tratada como uma fístula junto à uretra.
- Existe também uma fenda na parte anterior da uretra e/ou bexiga? Em caso afirmativo, trata-se de uma fístula circunferencial, sendo tratada de forma diferente.
- Até que ponto existe perda de tecido circunferencial (ou seja, separação da bexiga e da uretra)?
- Qual a quantidade de uretra destruída?

**Figura 6.35**

Diferentes graus de gravidade de uma fistula uretral. a) Apenas está envolvida a uretra posterior, pelo que a lesão não é circunferencial. b) A maior parte da circunferência da uretra está envolvida, mas a parte anterior continua intacta. Consideramos que esta situação é circunferencial em $\frac{3}{4}$. c) Toda a circunferência da uretra está envolvida e os segmentos distal e proximal da uretra estão completamente separados. O defeito é circunferencial.

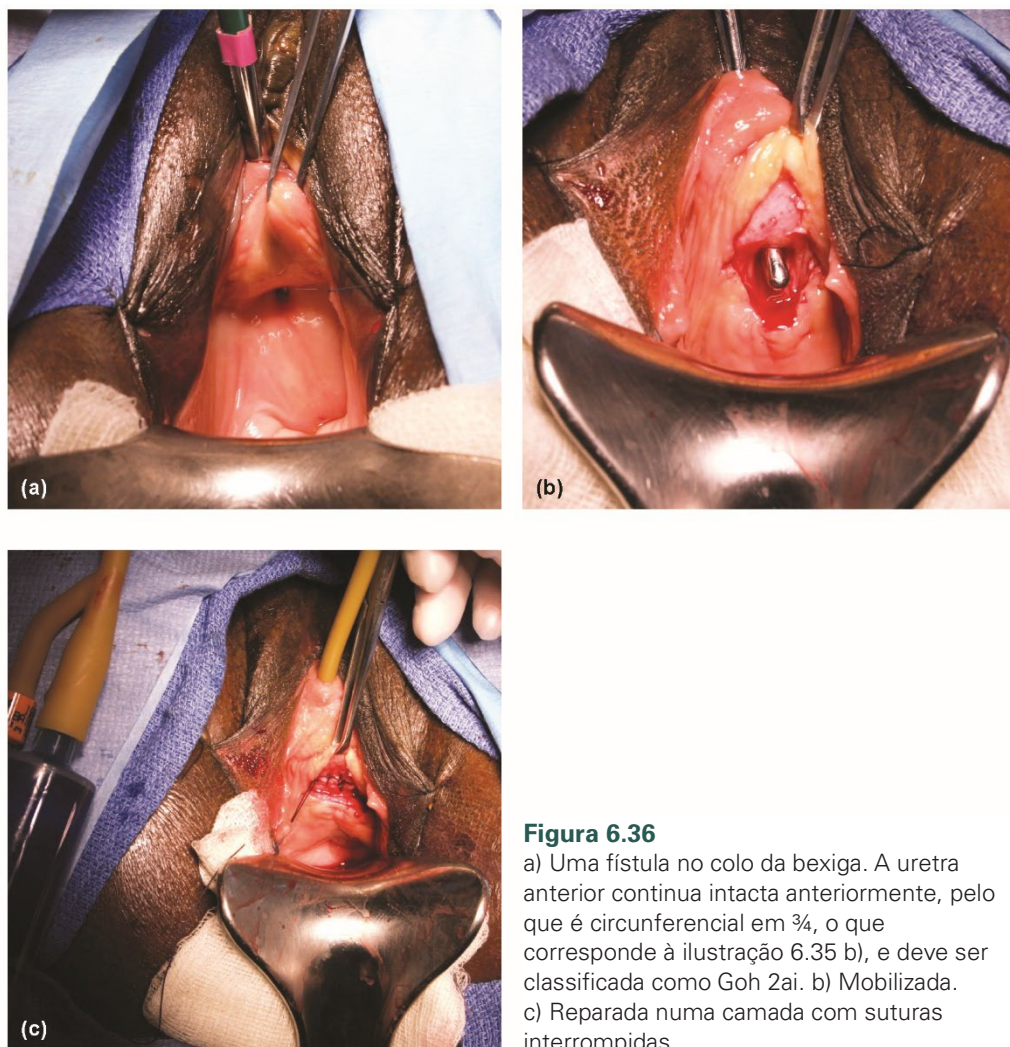


Figura 6.36

a) Uma fístula no colo da bexiga. A uretra anterior continua intacta anteriormente, pelo que é circunferencial em $\frac{3}{4}$, o que corresponde à ilustração 6.35 b), e deve ser classificada como Goh 2ai. b) Mobilizada. c) Reparada numa camada com suturas interrompidas.

Extensão da perda de tecido circunferencial

Naturalmente, existem diversas condições. Pode existir um defeito pequeno e discreto na parte posterior da uretra/bexiga. O defeito pode estender-se lateralmente em ambos os lados, mas com a uretra anterior a permanecer intacta. Pode existir uma pequena fenda circunferencial e, em seguida, a fenda existente entre o que resta da uretra e a bexiga pode ser grande, até 5 cm ou mais. Ao examinar estes casos mais extremos, é possível palpar uma pequena área carnuda da uretra restante, existindo depois apenas uma membrana fina de epitélio sobre o osso púbico posterior, seguida habitualmente de um orifício maior que dá para a bexiga. Por vezes, não resta qualquer uretra distal e tudo o que é possível palpar é a parte posterior da sínfise púbica e, depois, a bexiga, no fundo da vagina. Por vezes, o orifício que dá para a bexiga é difícil de sentir, podendo ser apenas uma fenda apertada que entra na bexiga pela parte superior do osso púbico. Já tive algumas pacientes sem uretra, com uma fenda apertada que dava para a bexiga, mantida por uma cicatriz rígida na parte posterior do osso, e as pacientes estavam secas!

Extensão da destruição da uretra

A uretra normal tem cerca de 3,5 cm de comprimento (variação de 3 a 5 cm). Os defeitos circunferenciais afetam quase sempre a uretra, mas só raramente são proximais à mesma. Nestes casos, costumam estar colados à parte superior da sínfise púbica e são muito difíceis de reparar. Por norma, nos casos circunferenciais, a uretra apresenta quase sempre algum tipo de lesão. É frequente existir um bloqueio na uretra proximal, que é necessário remover ou dilatar. Pensamos que é preferível remover a estenose, uma vez que a cicatriz formada após a dilatação pode conduzir à formação de uma nova estenose. A medição ou estimativa da distância entre o orifício uretral externo e a margem distal da fístula regista melhor o estado da uretra. (Algumas pessoas recorrem a uma sonda uterina marcada ou gravam marcas centimétricas num cateter metálico para medir o comprimento da uretra. Se nenhum destes recursos estiver disponível, é útil saber o comprimento da própria falange distal e o comprimento da ponta da unha até ao primeiro nó dos dedos e utilizar esse comprimento como régua!) A classificação de Goh de 1 a 4 pode então ser aplicada. O comprimento da uretra é o principal fator de prognóstico para a incontinência de esforço. Quando a uretra é curta, recomendamos a realização de um procedimento de suporte uretral que é descrito mais adiante neste capítulo – Reconstrução uretral.

Procedimentos operatórios para fístulas não circunferenciais junto à uretra

Uma fístula não circunferencial na região do colo da bexiga

A Figura 6.36 ilustra uma fístula junto à uretra simples e comum, com um defeito circunferencial de $\frac{3}{4}$. Existe perda de tecido na uretra posterior e lateralmente em ambos os lados, mas a uretra anterior permanece intacta. De facto, a uretra encontra-se simplesmente dobrada para trás.

Outra estratégia possível para a fístula não circunferencial do colo da bexiga passa por considerar o encerramento vertical do defeito. (Figura 6.37) Isto é possível em cerca de 50% dos casos mais simples registados na uretra e no colo da bexiga. O defeito deve ser macio e móvel, não devendo existir qualquer tensão. O encerramento vertical irá manter de forma eficaz, ou mesmo aumentar, o comprimento da uretra e melhorar a perspetiva de continência.

A Figura 6.38 apresenta uma fístula junto à uretra ligeiramente maior que é apenas circunferencial.

Procedimentos operatórios para fístulas circunferenciais

Quando existe uma separação clara entre a uretra e a bexiga, existem duas opções de reparação:

- Mobilização incompleta e sutura da bexiga até aos ramos púbicos e à uretra, deixando uma fenda no aspeto anterior.
- Mobilização completa das partes frontal, posterior e laterais da bexiga, seguida de anastomose circunferencial até à uretra através de diversos métodos. Isto serve para acomodar qualquer discrepância de tamanho entre as duas extremidades, nomeadamente um diâmetro maior na extremidade proximal ou vesical e um diâmetro menor na extremidade distal ou uretral.

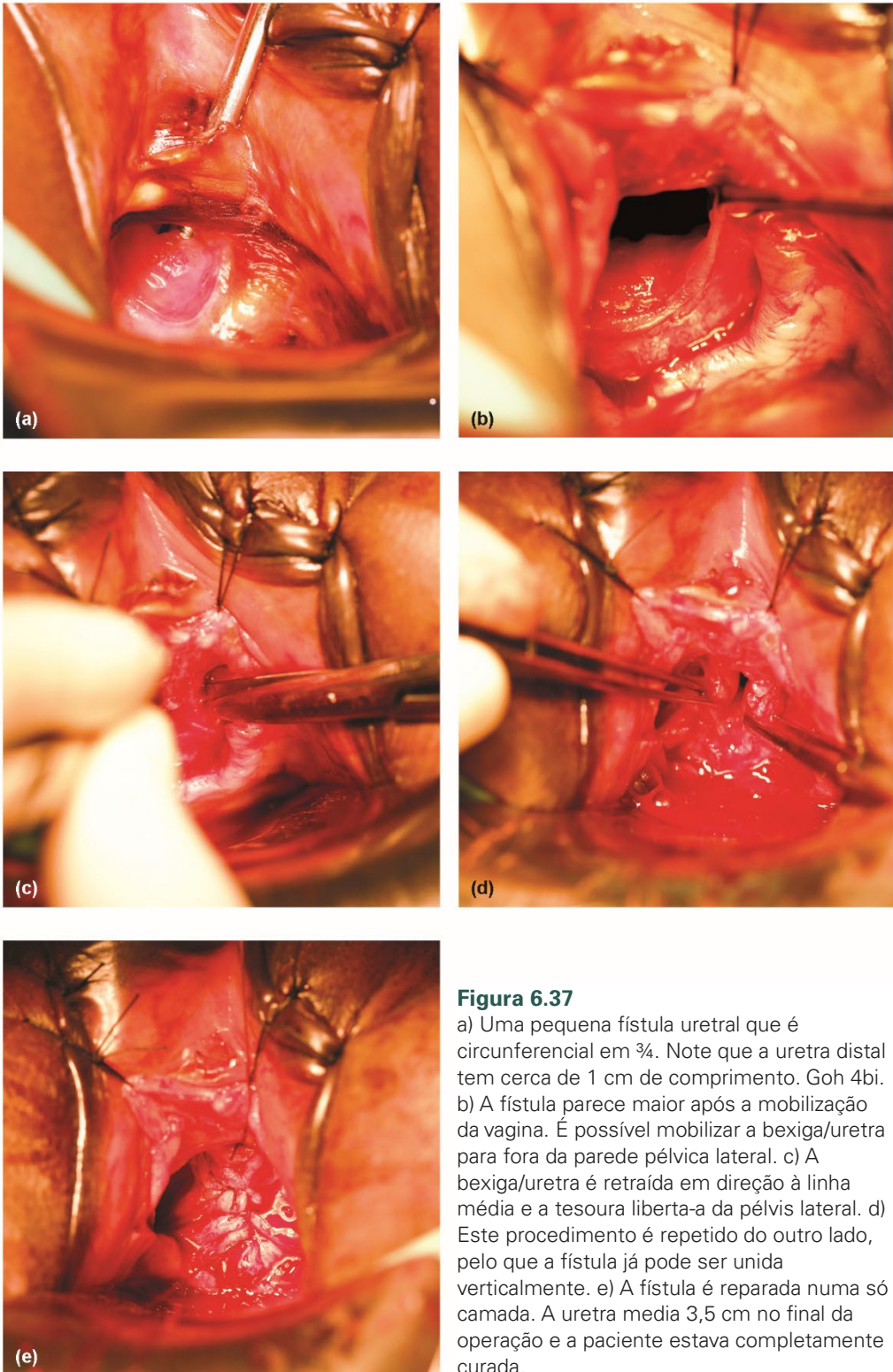
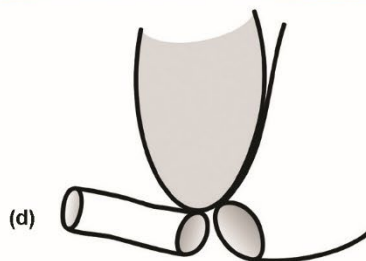
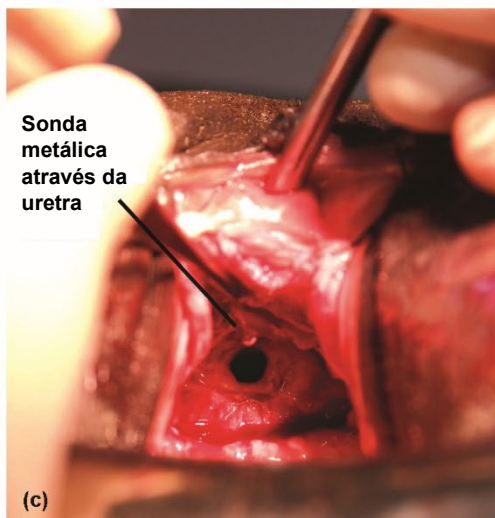
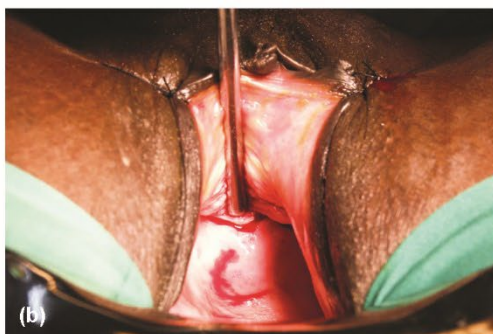
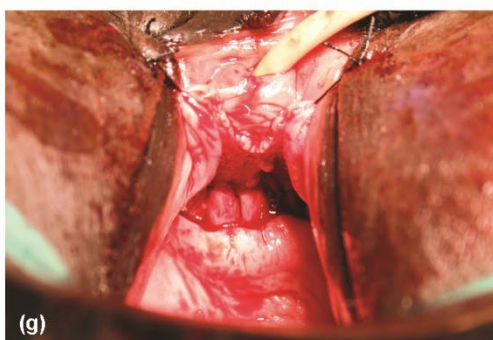
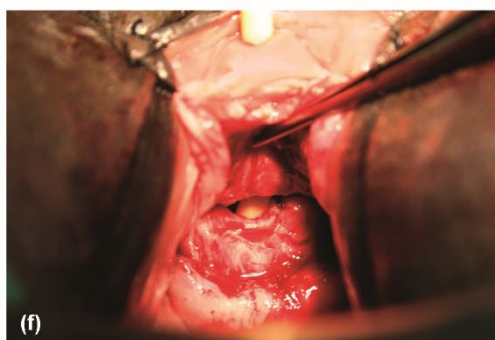
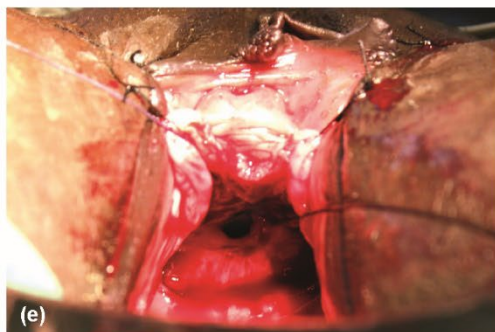


Figura 6.37

a) Uma pequena fistula uretral que é circunferencial em $\frac{3}{4}$. Note que a uretra distal tem cerca de 1 cm de comprimento. Goh 4bi. b) A fistula parece maior após a mobilização da vagina. É possível mobilizar a bexiga/uretra para fora da parede pélvica lateral. c) A bexiga/uretra é retraída em direção à linha média e a tesoura liberta-a da pélvis lateral. d) Este procedimento é repetido do outro lado, pelo que a fistula já pode ser unida verticalmente. e) A fistula é reparada numa só camada. A uretra mede 3,5 cm no final da operação e a paciente estava completamente curada.

**Figura 6.38**

a) Uma fistula junto à uretra maior e circunferencial. b) Como é comum nestes casos, o lado proximal da fistula está colado à parte superior da sínfise púbica posterior, dificultando a retração e o acesso. É possível verificar o quão apertada está a fixação proximal no osso púbico quando o cateter metálico é inserido e procura retraindo a fistula. c) As extremidades distal e proximal foram devidamente mobilizadas. É possível ver a ponta do cateter metálico a começar a atravessar a uretra. A bexiga proximal está agora completamente mobilizada para fora do osso. d) É necessário proceder à anastomose da bexiga de volta para a uretra. e) As primeiras suturas são realizadas anteriormente através da uretra distal e do perióstio e, em seguida, seguem na direção da bexiga anterior proximal, às 12 horas no relógio. É difícil de ver aqui. f) As duas suturas seguintes são realizadas às 3 e 9 horas no relógio em torno da uretra. A uretra está quase fechada (para obter ajuda, consulte os diagramas k) e m) da Figura 6.40, páginas 93 a 94). g) As suturas finais contornam a uretra posterior em posições uniformemente espaçadas.



Mobilização incompleta e reparação de uma fístula circunferencial

Tradicionalmente, a mobilização incompleta tem sido o método utilizado na reparação de fístulas circunferenciais, continuando ainda hoje a ser praticado por alguns cirurgiões. A bexiga é mobilizada a partir da vagina e do colo uterino, apenas nos seus aspetos posterior e lateral, e não anteriormente. É necessário obter uma mobilidade suficiente para trazer a bexiga posterior diretamente para os limites póstero-laterais do defeito. De facto, esta é a superfície inferior dos ramos púbicos junto à uretra. Antes de este procedimento ser efetuado, um rebordo distal de epitélio vaginal terá sido refletido para fora da uretra. São necessárias agulhas fortes e pequenas de meio círculo para fixar a bexiga ao periósteo lateralmente em ambos os lados. A uretra é incorporada na reparação na linha média como último passo.

Vantagens da mobilização incompleta

- A operação pode ser mais simples de efetuar do que o descolamento e a anastomose completos. Este dado irá cativar o cirurgião principiante e o cirurgião que trabalha em circunstâncias difíceis.
- É possível obter uma taxa de encerramento razoavelmente elevada.

Desvantagens da mobilização incompleta

- A incontinência pós-reparação pode ser inaceitavelmente alta, até 100% em algumas séries não publicadas. A paciente pode melhorar, por exemplo, pode ficar seca à noite, mas molhada ao andar, ou pode não apresentar quaisquer melhorias, apesar da fístula fechada.
- Não existe nenhum músculo entre a uretra e a bexiga no aspeto anterior e a uretra permanece curta (resultando assim em vários graus de incontinência uretral persistente).
- Se a fístula se romper nos cantos (o local mais comum), a margem do defeito será óssea. Esta situação é muito difícil de reparar, sendo, por vezes, necessário remover por completo a reparação inicial e efetuar uma reparação circunferencial formal.
- Muitas vezes, é necessário realizar operações secundárias para a incontinência persistente, as quais podem ser perigosas. A parede anterior da bexiga imediatamente proximal à uretra deverá ser uma membrana fina de epitélios diretamente sobre a sínfise posterior. Existe o risco de produzir outra fístula com uma plicatura da base da bexiga e da uretra ou com uma operação de sling fascial do reto. A abertura do espaço paravesical é um passo utilizado em muitas operações de esforço. Já realizei várias operações para a incontinência persistente em pacientes como esta que não foram bem-sucedidas. Quando voltei a operar, abri a uretra e descobri a fenda na uretra anterior. Posto isto, removi a primeira reparação, refiz a reparação da fístula da forma circunferencial mais formal possível e a paciente ficou seca.

Mobilização completa da fístula circunferencial

A maioria dos especialistas de fístulas recomenda a mobilização completa e a anastomose circunferencial de uma fístula circunferencial.

A Figura 6.39 ilustra a reparação de uma pequena fístula uretral circunferencial. Note que esta fístula se encontra na uretra (Goh 3a), longe dos ureteres. Neste caso, não foi necessário identificar e cateterizar os mesmos. Os defeitos proximais e os defeitos distais que é necessário unir apresentam um tamanho semelhante, pelo que é possível efetuar uma anastomose direta.

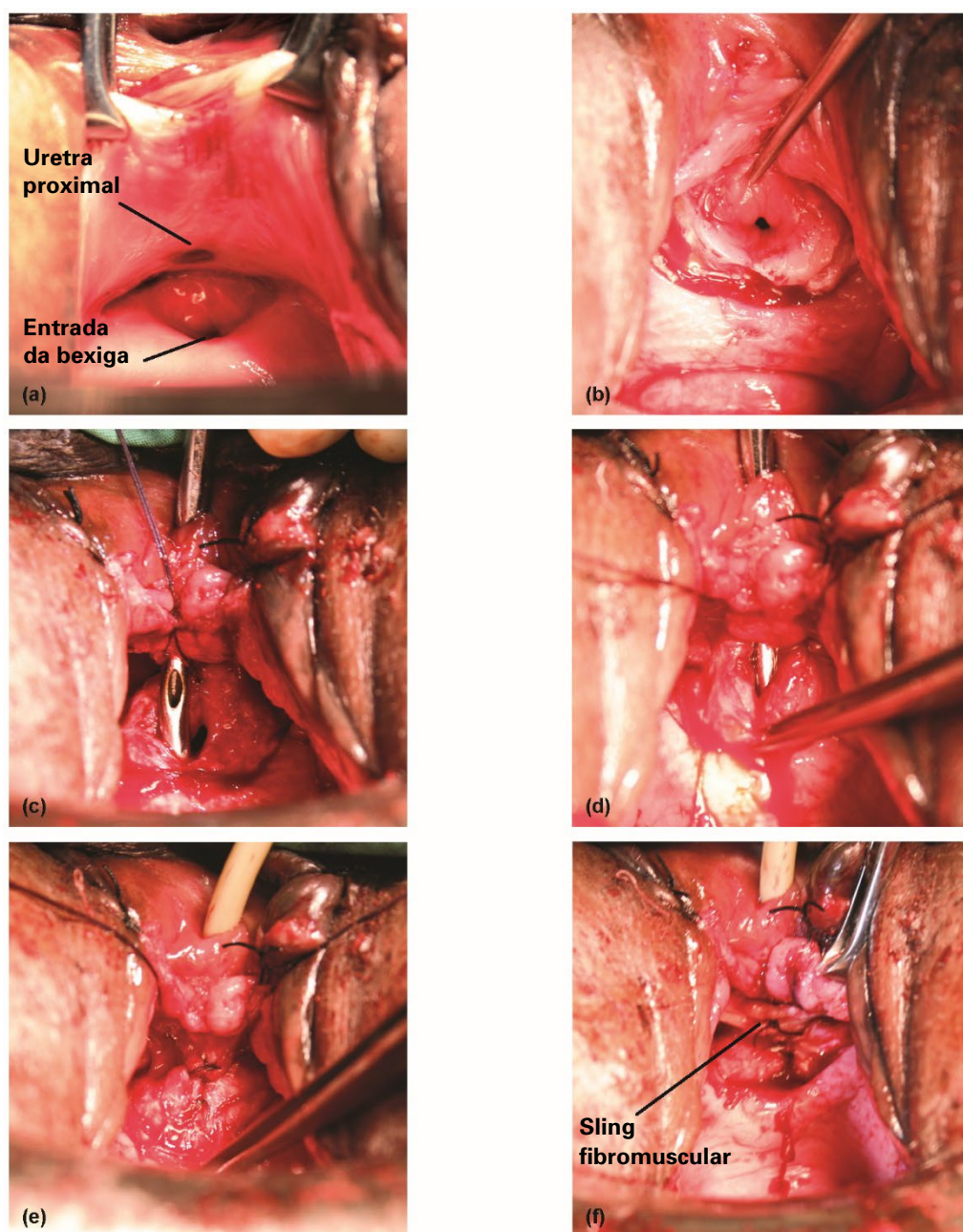


Figura 6.39

a) Uma fístula circunferencial pequena na uretra, Goh 3aiii, com uma fenda de 1,5 cm ao longo do osso púbico entre a uretra distal e proximal. b) A bexiga proximal foi mobilizada circunferencialmente e avançada em sentido descendente com mobilidade suficiente para realizar a anastomose da mesma para a uretra distal. c) O primeiro ponto é colocado às 12 horas no relógio, unindo as duas extremidades contra o osso púbico. d) Os pontos laterais são colocados às 3 e 9 horas no relógio, à medida que o trabalho é efetuado em torno da anastomose (consulte a Figura 6.40 para ver diagramas úteis). e) Anastomose completa. f) Foi desenvolvido um sling fibromuscular para suportar a uretra. Este procedimento ajuda a reduzir a taxa de incontinência persistente, que é comum em todas as lesões da uretra. (Consulte a seção "Procedimentos operatórios para reduzir a incidência de incontinência de esforço".)

Muitas lesões circunferenciais apresentam dimensões consideravelmente maiores, existindo um defeito pequeno no lado uretral ou distal e um defeito ou orifício grande na bexiga (lado proximal). Nestes casos, a anastomose direta não funciona. Iremos descrever e ilustrar os passos necessários para efetuar esta reparação. (Figura 6.40)

No que diz respeito aos defeitos circunferenciais de maiores dimensões, é necessário cateterizar primeiro os ureteres. A vagina proximal é refletida para fora da bexiga.

As incisões iniciais são efetuadas em torno da fístula, das extremidades distal e proximal, estendendo-se depois para as paredes laterais da vagina, de forma mais ou menos paralela ao chão.

Nesta fase, a vagina é refletida para fora do lado proximal, mas a bexiga lateral e anterior continua ligada aos ossos. O aspeto anterior da uretra ficará aderente sob a sínfise. A cicatriz existente nesta região é removida, mas não é efetuada qualquer tentativa de mobilizar a uretra.

Até ao momento, a mobilização tem sido idêntica aos passos anteriores. A diferença agora implica a necessidade de mobilizar a bexiga lateral e anteriormente para libertar a mesma de todas as fixações ósseas e avançá-la para a frente de modo a realizar a anastomose da mesma para a uretra.

Considero que é mais fácil iniciar a mobilização a partir da parte esquerda da paciente (no caso de o cirurgião ser destro), utilizando a curva da tesoura para dissecar sob a sínfise púbica. Depois de passar a fixação cicatricial da bexiga ao osso, irá entrar por via anterior na Caverna de Retzius, uma camada de tecido conjuntivo solto onde pode obter uma boa mobilidade.

Mantenha-se no mesmo plano à medida que avança anteriormente e progride depois para a direita da paciente. Nesta fase, a bexiga deve estar completamente livre e móvel posterior, lateral e anteriormente.

Depois de mobilizar a vagina para fora da uretra, é necessário proceder à anastomose da bexiga de volta para a uretra.

A incompatibilidade entre o diâmetro da abertura da bexiga e o diâmetro da uretra impossibilita a realização de uma anastomose término-terminal direta. O princípio subjacente ao encerramento consiste em utilizar a bexiga anterior e lateral para envolver a uretra e, em seguida, fechar verticalmente o excesso de bexiga posterior. Este procedimento tem o efeito de transformar o lúmen da bexiga num tubo à medida que o mesmo é unido à uretra. Muitas vezes, nestes casos, a uretra restante é curta, com menos de 2 cm. Nestas situações, a menos que procure aumentar o comprimento da uretra, a paciente nunca terá hipóteses de ficar continente, uma vez que a uretra curta irá vaziar.

Para realizar este tipo de anastomose, faça primeiro um ponto às 12 horas no relógio na uretra proximal, da mesma forma que o procedimento acima, prendendo uma parte do perióstio. Suture o ponto à bexiga anterior na linha média e aperte-o.

A sutura seguinte é efetuada às 3 horas no relógio, através da uretra/do perióstio e até à bexiga correspondente, apenas alguns milímetros lateralmente à primeira sutura.

Agora, faça uma sutura às 9 horas no relógio, novamente através da uretra/do perióstio e até à bexiga, a poucos milímetros da sutura efetuada às 12 horas. A anastomose anterior está

completa. Passe um cateter de Foley ou um cateter metálico para garantir a permeabilidade da uretra.

Neste momento, a incompatibilidade entre o tamanho da uretra posterior e o defeito restante da bexiga deve ser significativo. Faça uma pequena sutura Vicryl 3-0 através da uretra proximal às 6 horas no relógio e até à bexiga, tanto do lado esquerdo como do lado direito, novamente junto às suturas anteriores. Esta será uma sutura de três vias. De facto, permitirá colocar o que antes era a bexiga anterior numa posição posterior, procedendo à respetiva tubularização e tornando assim a uretra mais comprida. Este é um ponto fraco, pelo que costumamos colocar outra sutura por cima, numa segunda camada. Complete a anastomose com mais duas suturas às 5 e 7 horas no relógio, uma vez que, por vezes, permanecem alguns defeitos pequenos.

Terá agora um defeito na bexiga, na linha média. Nos defeitos mais pequenos, é possível fechar verticalmente a bexiga restante através de algumas suturas de rotina. Em defeitos maiores, o encerramento vertical não será viável, uma vez que não é possível mobilizar suficientemente a margem póstero-lateral que contém os orifícios ureterais por forma a convergir na linha média. Assim, sendo, a reparação concluída assemelhar-se-á a um “V” invertido ou um “Y” invertido. (Figura 6.36) Repare de forma proximal à anastomose uretral com algumas suturas verticais e avance depois o rebordo da bexiga na linha média para concluir o encerramento com dois “braços” de cada lado. Desta forma, terá a vantagem de manter os orifícios ureterais numa posição mais fisiológica em relação à nova junção uretrovesical.

Lembre-se sempre de um dos primeiros princípios para proteger os ureteres: certifique-se de que estão devidamente identificados, cateterizados e seguros.

Vantagens da mobilização completa

- A junção uretrovesical está agora completamente rodeada de músculo e, em muitos casos, o defeito da bexiga terá sido convertido num tubo, alongando assim eficazmente a uretra. É possível reduzir a incidência de incontinência de esforço pós-operatória em mais de 50% dos casos.
- Se necessário, pode ser efetuada em maior segurança uma operação de esforço secundária.

Desvantagens da mobilização completa

- Em termos técnicos, a anastomose é mais exigente e, se não for bem efetuada, pode ser mais propensa a ruturas, em especial nos pontos de três vias. Kees Waaldijk chamou-lhe “o canto do choro”.
- No total, 8% das pacientes acabarão por desenvolver uma estenose uretral no local da anastomose, que pode ser muito difícil de tratar.

Mobilização incompleta versus mobilização completa

Infelizmente, não existem dados concretos que permitam comparar as taxas de encerramento e incontinência entre os dois métodos, mas a opinião consensual entre os cirurgiões de fístulas mais experientes é que o descolamento e a anastomose completos proporcionam efetivamente melhores resultados. Faz sentido restaurar a continuidade muscular entre a bexiga e a uretra à frente e atrás. Existem dados e pareceres não publicados que apontam no sentido de a taxa de incontinência uretral persistente após a mobilização completa corresponder a menos de metade da taxa verificada após a mobilização incompleta.

É importante ter em conta que, embora a anastomose possa ser facilmente efetuada em alguns casos, conforme apresentado nas nossas ilustrações, em muitos outros casos (que são quase impossíveis de fotografar), a operação é bastante exigente e requer um elevado grau de perícia e discernimento. Provavelmente, apenas os cirurgiões de fístulas a tempo inteiro têm a experiência necessária para obter resultados positivos neste tipo de casos. O problema da incontinência persistente melhorou após a aplicação de um sling que permite suportar a uretra e os rebordos para reconstruir a vagina, mas os resultados continuam a não ser perfeitos.

Para os cirurgiões menos experientes, acreditamos que continua a existir espaço para o descolamento incompleto, desde que a fenda não seja demasiado grande e não exista um especialista disponível para aceitar o caso.

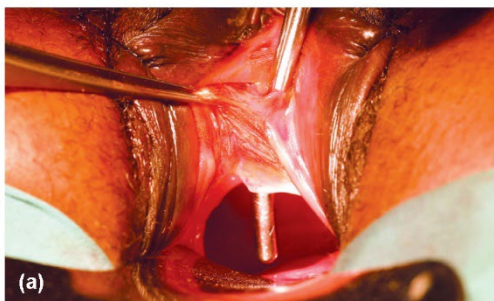
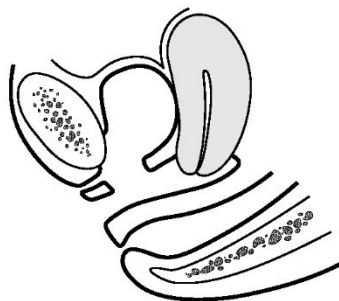


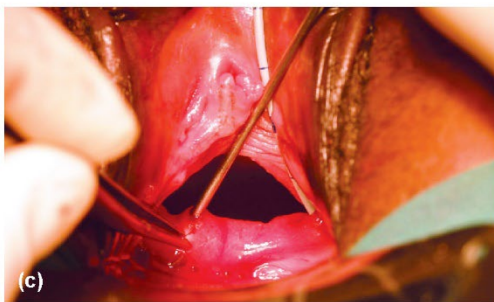
Figura 6.40

a) Um defeito circunferencial grande com 2 cm de uretra restante. Goh 3cii.



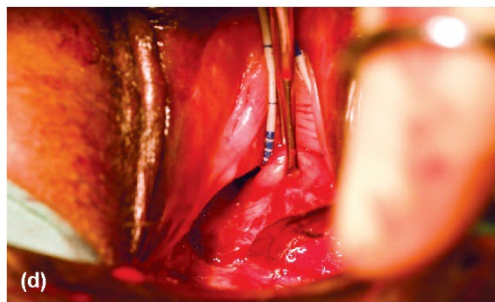
(b)

b) Em termos esquemáticos, é possível ver a fenda de grandes dimensões na bexiga anterior contra o osso. com cerca de 4 cm neste caso.



(c)

c) Neste tipo de casos, é necessário proteger os ureteres. Se não o fizer, será muito fácil cortá-los e/ou ligá-los.



(d)

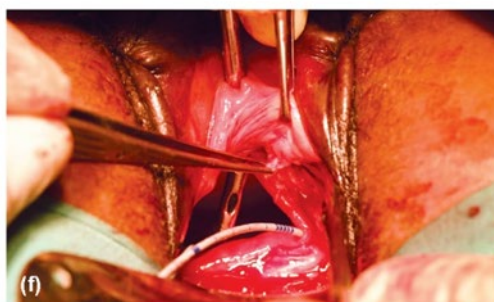
d) Está a ser efetuada a dissecção proximal, com o assistente a usar uma pinça de Allis para criar tração em sentido ascendente na bexiga, permitindo ver o plano.

Continuação

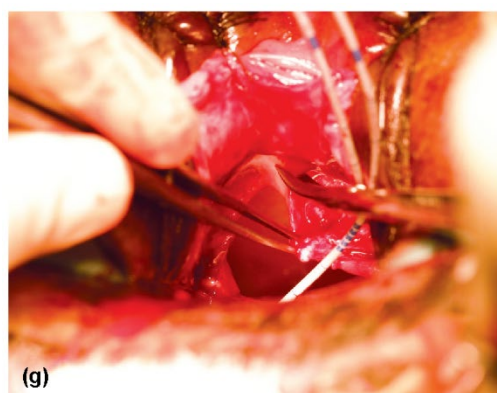


Figura 6.40 (continuação)

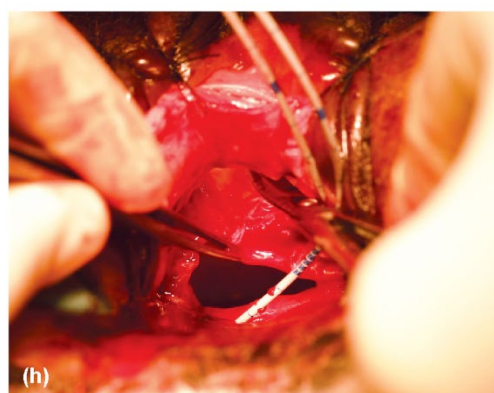
e) Mobilize a bexiga para fora da parede pélvica lateral de ambos os lados.



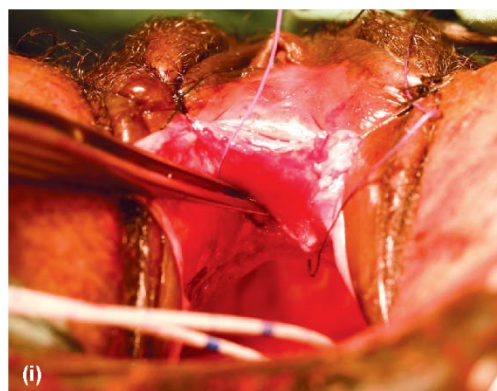
f) A mobilização vaginal distal. Começo lateralmente e vou-me movimentando com a curva da tesoura.



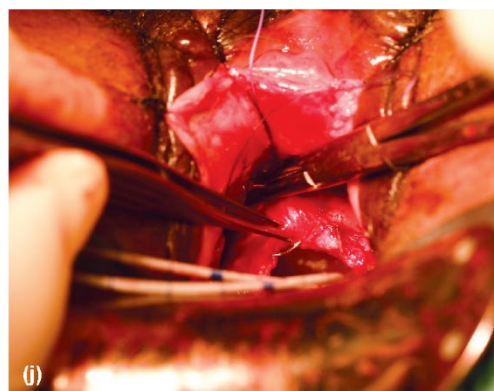
g) Estou agora a libertar anteriormente a bexiga do osso púbico e a entrar na Caverna de Retzius.



h) Mais para dentro da Caverna de Retzius. A bexiga anterior está a avançar bem para a frente.

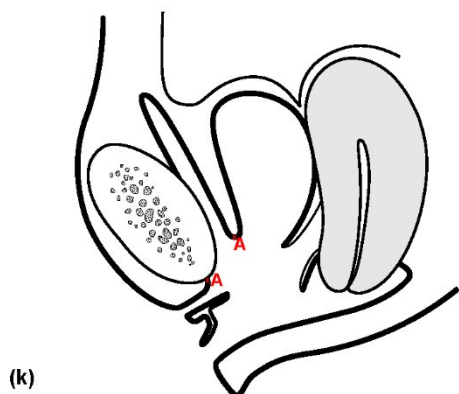


i) O primeiro ponto é colocado às 12 horas no relógio em torno da anastomose. O ponto prende apenas o perióstio da sínfise posterior.



j) Passa às 12 horas através da bexiga anterior na linha média (o defeito proximal).

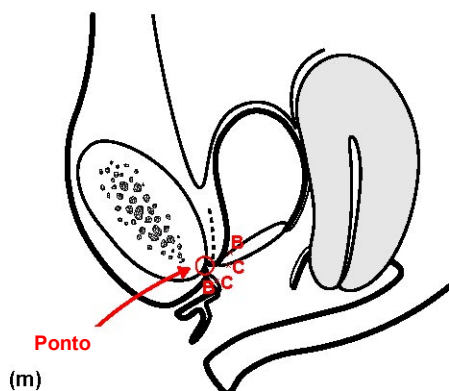
Continuação



(k)

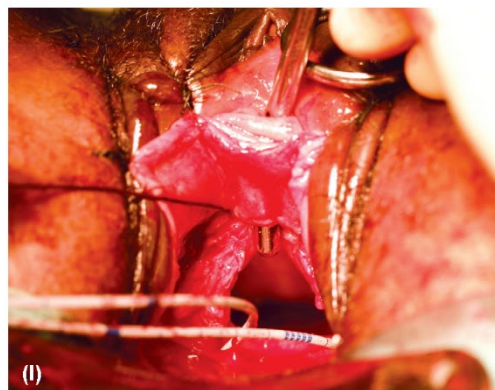
Figura 6.40 (continuação)

k) União de "A" conforme indicado no diagrama. O ponto das 12 horas foi efetuado corretamente.



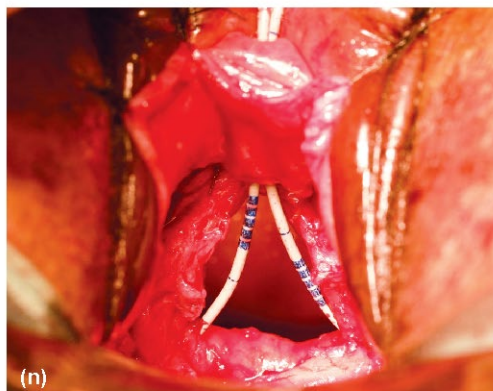
(m)

m) Esta figura representa a união de B com B e C com C no diagrama.



(l)

l) Nesta fase, as suturas são colocadas às 3 e 9 horas no relógio, com o devido cuidado para não ocluir o lúmen uretral, utilizando o cateter metálico como guia.



(n)

n) Chegou o momento de enfiar os cateteres ureterais através da uretra e fixá-los ao monte púbico.

Continuação

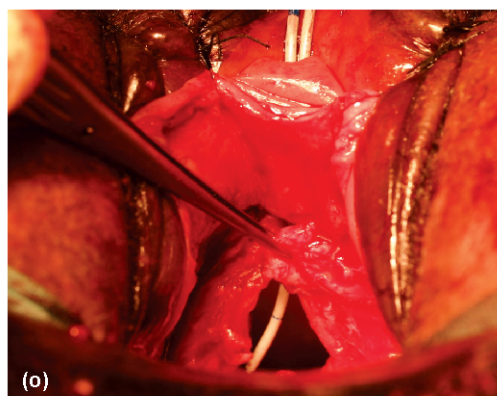
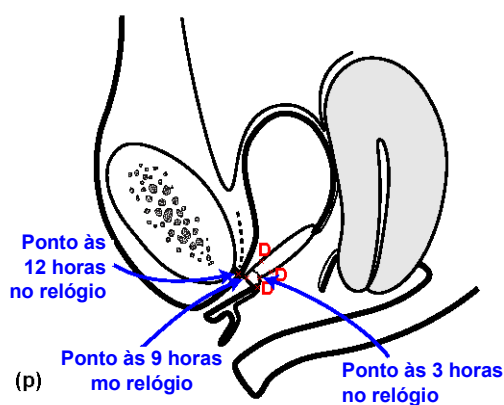
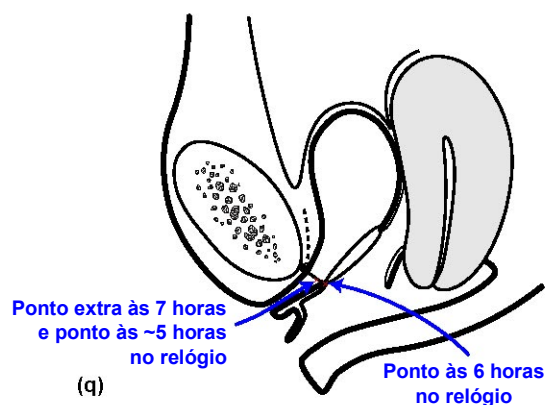


Figura 6.40 (continuação)

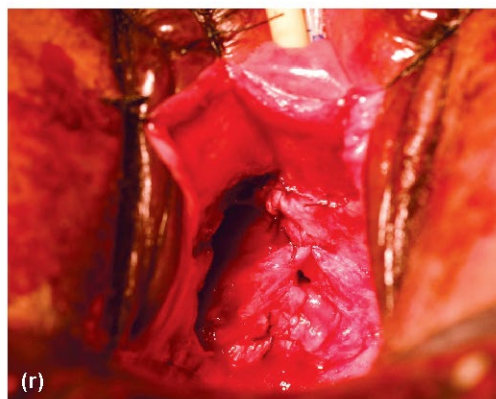
o) Agora é necessário alongar a uretra, puxando o que antes era a bexiga anterior para a uretra posterior e efetuando um ponto de três vias.



p) e q) O ponto de três vias, com ligação dos "D".



p) e q) O ponto de três vias, com ligação dos "D".



r) Em seguida, repare verticalmente para alongar a uretra. Também é necessário colocar pequenas suturas às 5 e 7 horas no relógio em torno da anastomose.

Continuação

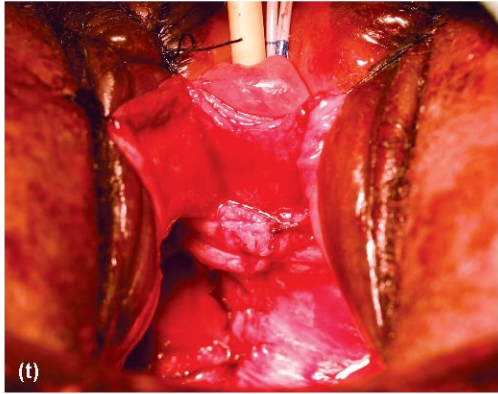
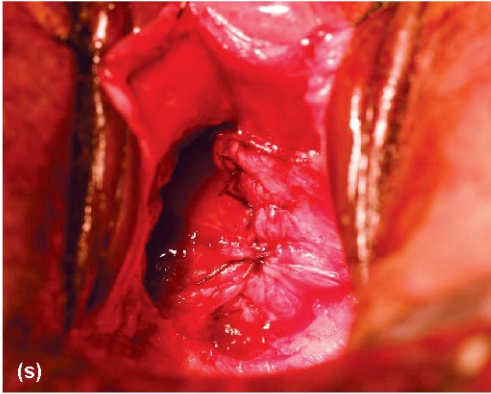
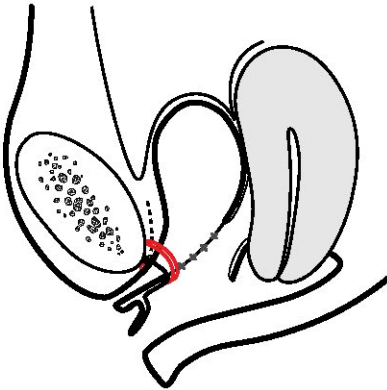


Figura 6.40 (continuação)

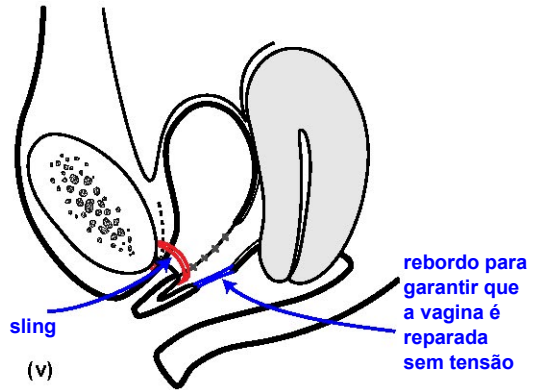
s) O resto da bexiga é reparado. No entanto, é unido sob a menor tensão possível. Neste caso, o procedimento foi vertical. Noutros casos, pode ser horizontal ou mesmo em forma de "V" invertido ou "Y" invertido.

t) e u) Crie um sling para apoiar a uretra (consulte a secção "Procedimentos operatórios para reduzir a incidência de incontinência de esforço").



(u)

t) e u) Crie um sling para apoiar a uretra (consulte a secção "Procedimentos operatórios para reduzir a incidência de incontinência de esforço").



(v)

v) Nestes casos de maiores dimensões, costuma existir um déficit na pele vaginal que necessita de algum tipo de rebordo (consulte a secção "Tratamento de defeitos da pele vaginal").

Envolvimento ureteral

Quanto maior for a fístula e quanto mais próxima estiver do colo uterino, maior é a probabilidade de envolvimento ureteral. (Figura 6.41) Durante a reparação de uma fístula, é necessário ter em conta a posição dos orifícios ureterais. No caso de pequenas fístulas no colo da bexiga ou na uretra, os orifícios não devem estar próximos, mas é importante ter em conta que, o que antes era um defeito grande que envolvia a maior parte da parede vaginal anterior e a base da bexiga, terá contraído nos primeiros 3 meses. Assim sendo, a parede vaginal anterior será curta e os orifícios ureterais podem estar próximos da extremidade da fístula, uma vez que o defeito começa na junção uretrovesical, envolvendo, por isso, o trígono. Da mesma forma,

um defeito de pequenas dimensões na região do colo uterino podia ser muito maior no início, tendo a contração subsequente aproximado os ureteres da extremidade do defeito.

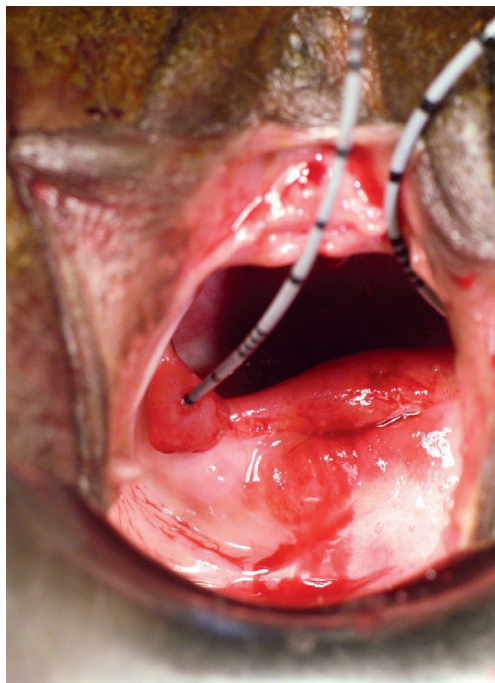


Figura 6.41

Uma fístula com a margem proximal diretamente no colo uterino. Neste caso, o colo uterino anterior está ausente, pelo que só é possível ver o colo uterino posterior, estando o orifício cervical situado entre a bexiga e o colo uterino. Note como o uréter está próximo da extremidade da fístula.

Pode existir um envolvimento ureteral complexo nos casos de fístulas circunferenciais de grandes dimensões. A extremidade distal do uréter pode estar envolvida no processo isquêmico, pelo que a junção ureterovesical pode ter entrado em necrose, deixando o uréter a drenar diretamente para a vagina, e não para a bexiga. Neste caso, existem quatro opções de reparação:

- Se o uréter se situar no limite ou fora da extremidade da mucosa da bexiga, após o cateterismo do uréter e uma mobilização suficiente dos tecidos, é possível simplesmente dobrar o uréter (contendo um cateter ureteral) para dentro da bexiga como parte da reparação. O cateter ureteral deve permanecer no local para abrir os tecidos em cicatrização durante cerca de 7 dias.
- Se o uréter estiver mais afastado da bexiga, esta pode ser cortada até ao uréter e as extremidades da bexiga podem envolver o uréter de modo a invertê-lo para dentro da bexiga.
- Ocasionalmente, o uréter encontra-se demasiado afastado da extremidade para ser simplesmente “dobrado” para dentro. Neste caso, pode ser cateterizado e depois mobilizado um pouco para fora da parede pélvica lateral. Em seguida, é possível introduzir o uréter na bexiga a um nível superior ao da reparação através de uma incisão separada efetuada com uma pinça para artérias curva. (Figura 6.42) Nesta fase, o cateter ureteral e o uréter distal podem ser introduzidos na bexiga e devidamente reparados. O uréter é fixado no local por suturas 3/0 através da respetiva musculatura e da parede da bexiga. O cateter ureteral deve permanecer colocado durante 10 a 12 dias.
- Excecionalmente, o uréter encontra-se demasiado afastado da bexiga para ser reimplantado. As opções disponíveis passam por implantar o uréter na bexiga através de uma via abdominal adotada durante a mesma operação ou por cateterizá-lo durante 2 semanas e adiar a

reimplantação. Embora não seja descabido implantar o uréter por via abdominal na mesma sessão, prefiro reimplantá-lo após algumas semanas. Isto porque, durante a operação, a bexiga é mobilizada e puxada por cima, o que pode interferir com a reparação da fístula. (Figura 6.43)

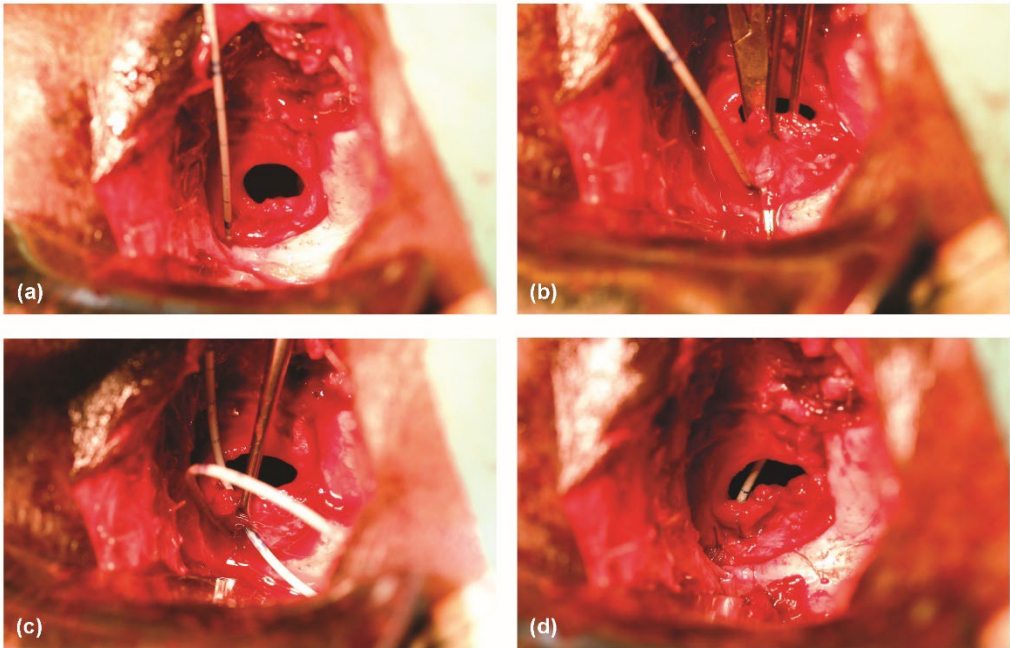


Figura 6.42

a) O uréter foi encontrado a cerca de 2 cm da extremidade da fístula, drenando diretamente para a vagina. A vagina foi mobilizada para fora da bexiga e o uréter direito foi cateterizado. b) Uma artéria curva passa através da parede da bexiga. c) O cateter ureteral é introduzido na bexiga, o que, por sua vez, puxa o uréter para dentro da bexiga. d) A bexiga é fechada sobre o local do implante ureteral. A fístula e a vagina são reparadas de forma rotineira.

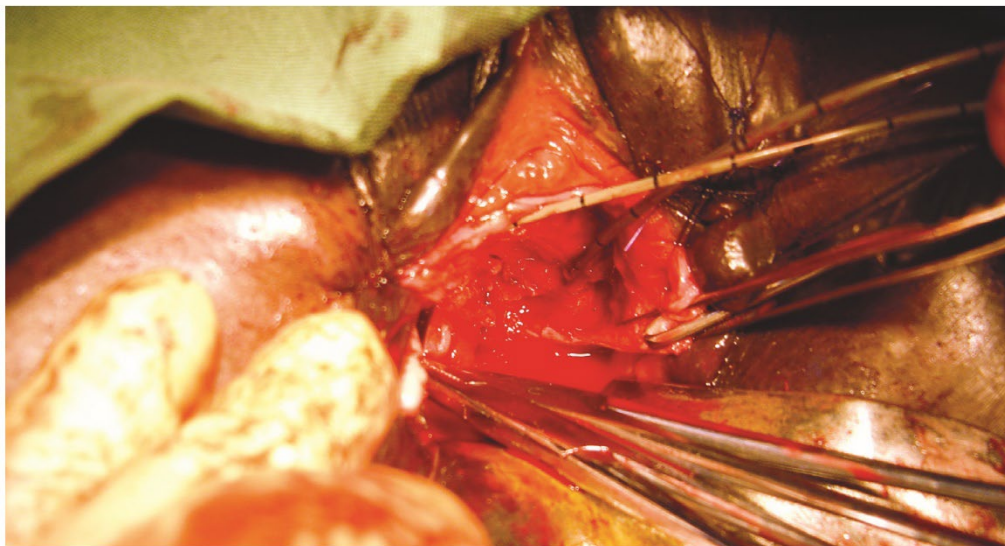


Figura 6.43

Observe cuidadosamente e veja o cateter ureteral esquerdo nas sombras que acedem ao uréter, na parede pélvica lateral esquerda. O mesmo está preso na cicatriz e demasiado afastado da bexiga para ser implantado em segurança a partir de baixo. Deixámos o uréter a drenar para a vagina com o cateter devidamente colocado, reparámos a fístula e reimplantámos o uréter por via abdominal numa data posterior.

Se for necessário efetuar os últimos três passos, os danos costumam ser tão graves que os resultados são fracos. Em 1993, quando John Kelly estudou os fatores que explicam o insucesso da reparação de fístulas, um dos fatores registados foi o envolvimento dos ureteres.

A secção sobre fístulas junto ao colo do útero e intracervicais abaixo descreve outras estratégias a adotar para lidar com os ureteres.

Como a incontinência de esforço representa um problema grave verificado após a reparação de fístulas junto à uretra e circunferenciais, uma secção mais abaixo do presente capítulo (Procedimentos operatórios para reduzir a incidência de incontinência de esforço) descreve algumas medidas que é possível tomar para reduzir a respetiva incidência.

FÍSTULAS JUNTO AO COLO DO ÚTERO E INTRACERCAIS

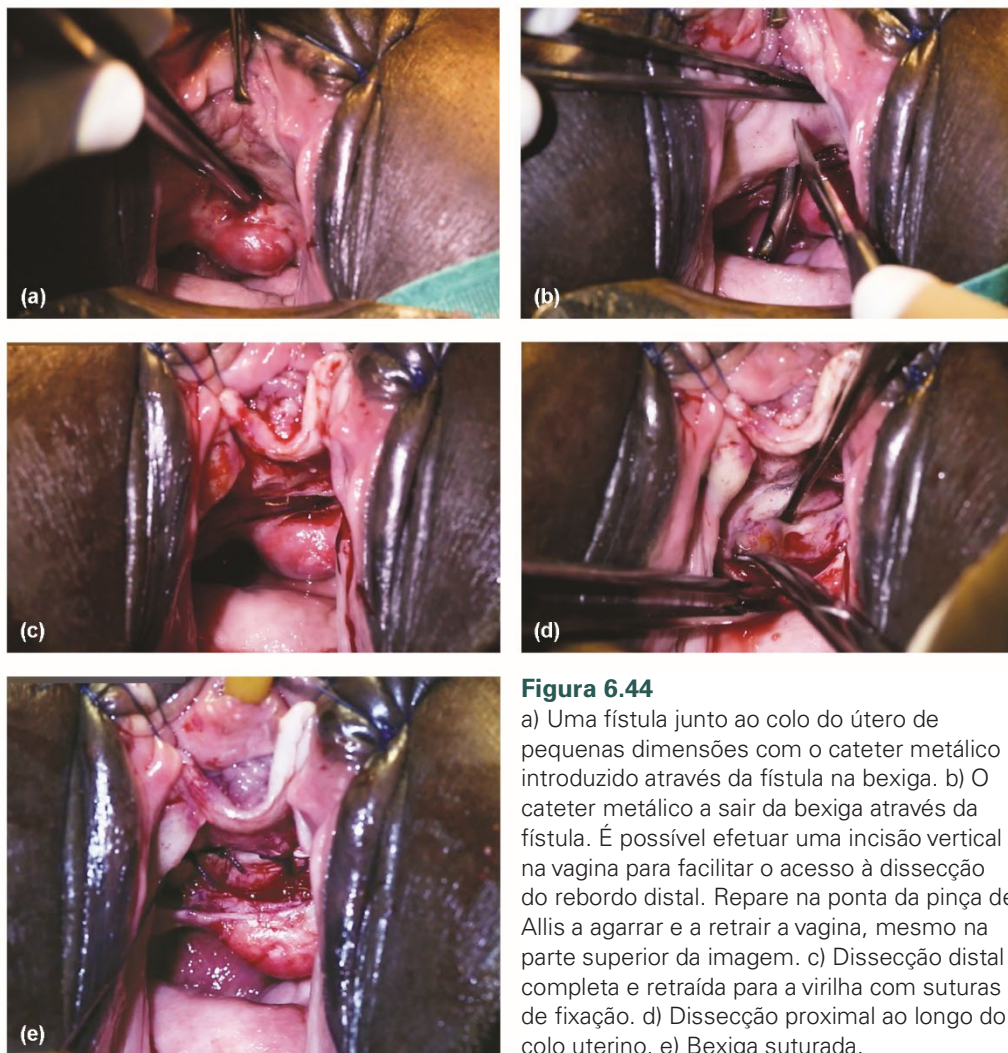
Por norma, a fístula existente na região do colo uterino é designada por fístula junto ao colo do útero. As fístulas desta região podem ser divididas em três tipos principais:

1. A fístula é apenas distal ao colo uterino e as margens distal e proximal são visíveis. (Figura 1.7)
2. É possível visualizar a margem distal, mas a margem proximal está longe da vista no canal cervical (cujo lábio anterior está frequentemente aberto). (Figura 1.8)
3. Não é possível visualizar de todo a fístula, ou seja, esta é totalmente intracervical. (Figura 1.9 e Figura 1.3d)

Os principiantes só devem tentar reparar fístulas junto ao colo do útero de pequenas dimensões, as quais possam ser expostas facilmente. A margem proximal entre a fístula e o colo uterino deve ser nitidamente visível. As fístulas que se estendem para dentro do canal cervical podem ser difíceis de fechar.

O princípio geral da reparação de fístulas próximas do colo uterino passa por dar início à dissecação na margem distal. (Figura 6.44a-e) Esta é exposta por uma tração em sentido ascendente realizada com duas pinças de Allis aplicadas perto da margem distal da fístula. A parede da bexiga pode ser suportada por um cateter metálico através da uretra e da fístula e, assim, ser utilizada como retrator. É efetuada uma pequena incisão vertical através da vagina, em sentido descendente até à margem da fístula, e, em seguida, as margens distais são contornadas para os lados, onde é possível efetuar uma pequena extensão lateral. Os rebordos ântero-laterais são desenvolvidos, mantendo-se logo abaixo da mucosa vaginal. É fácil penetrar na parede da bexiga. Em seguida, os rebordos são suturados até aos lábios. Este procedimento deve retrain a margem distal da fístula, deixando a margem proximal mais visível.

É necessário ter extremo cuidado ao realizar a dissecação póstero-lateral em direção ao colo uterino, permanecendo logo abaixo da vagina. O uréter corre sérios riscos no local onde se encontra na parede da bexiga. Se possível, já deverá ter sido cateterizado. Por vezes, é possível visualizar mais facilmente a fístula/bexiga proximal ao inserir um espéculo de Sims na bexiga e ao puxá-lo anteriormente (Figura 6.45). Muitas vezes, os ureteres também ficam visíveis com este método. Outras vezes, os ureteres encontram-se na margem distal da fístula, por baixo da lâmina do espéculo.

**Figura 6.44**

a) Uma fistula junto ao colo do útero de pequenas dimensões com o cateter metálico introduzido através da fístula na bexiga. b) O cateter metálico a sair da bexiga através da fístula. É possível efetuar uma incisão vertical na vagina para facilitar o acesso à dissecação do rebordo distal. Repare na ponta da pinça de Allis a agarrar e a retrain a vagina, mesmo na parte superior da imagem. c) Dissecação distal completa e retraída para a virilha com suturas de fixação. d) Dissecação proximal ao longo do colo uterino. e) Bexiga suturada.

É sempre melhor jogar pelo seguro, pelo que deve administrar uma dose de 10 mg de furosemida intravenosa a todas as fístulas que ocorrerem nesta área após cesariana. Neste tipo de casos, as fístulas ureterais são bastante comuns e difíceis de detetar se não forem procuradas de forma direta. No caso de não detetar uma fístula ureteral, a paciente acabará por ficar molhada na cama, apesar de a fístula ter sido fechada e o teste de coloração dar negativo. O mesmo se aplica a todas as fístulas da cúpula vaginal após histerectomia. Verifique sempre se existe uma fístula ureteral coexistente.

Um caso simples de tratar

A Figura 6.46 apresenta um caso de tipo 1. Como regra geral, se a fístula for muito pequena ($<0,5$ cm) e ocorrer na linha média, os ureteres não devem estar em risco. No entanto, se for possível ver o interior da bexiga, os ureteres devem ser sempre identificados. É necessário utilizar uma pinça Babcock para everter a bexiga (as pinças dentadas provocam hemorragias).

Se as dificuldades persistirem, será necessário administrar uma dose de 10 mg de furosemida por via intravenosa.

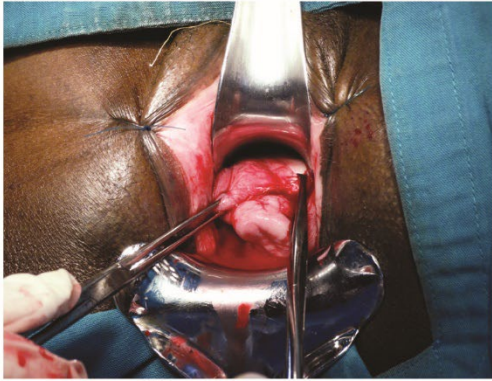


Figura 6.45

Uma fistula intracervical. O espéculo de Sims está na bexiga, a retrair a parede anterior para permitir a visualização da parede posterior.

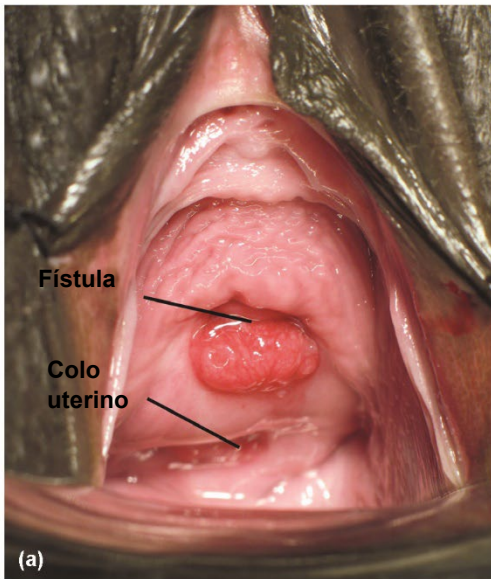


Figura 6.46

a) Uma fistula junto ao colo do útero de pequenas dimensões na linha média. Existe uma fenda pequena entre a mesma e o colo uterino. b) Cuidado com o uréter. Note como este está próximo da extremidade da fístula.

Exemplos intermédios

As Figuras 6.47 e 6.48 mostram dois exemplos de casos de dificuldade intermédia.

Fístulas junto ao colo do útero/intracervicais combinadas

A Figura 6.49 apresenta um exemplo de fistula junto ao colo do útero/intracervical combinada. Se, neste tipo de casos, não for possível encontrar facilmente os ureteres, é necessário utilizar um espéculo de Langenbeck ou espéculo de Sims para expor o interior da bexiga.

A Figura 6.49 e mostra uma fístula junto ao colo do útero que se estende para cima, para um canal cervical aberto. Se o colo uterino não descer bem, casos como este podem ser muito difíceis de fechar e impossíveis de fotografar, pelo que devem ser deixados para cirurgiões experientes.

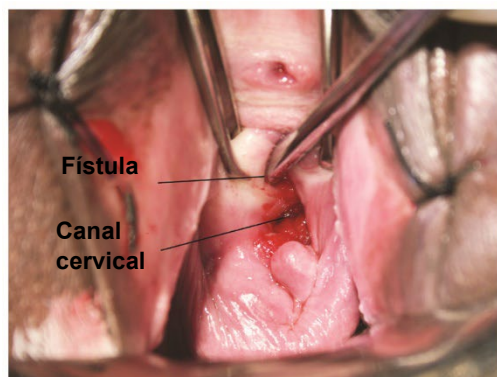


Figura 6.47

O cateter metálico está na fístula. O colo uterino anterior está dividido, o que também requer reparação.

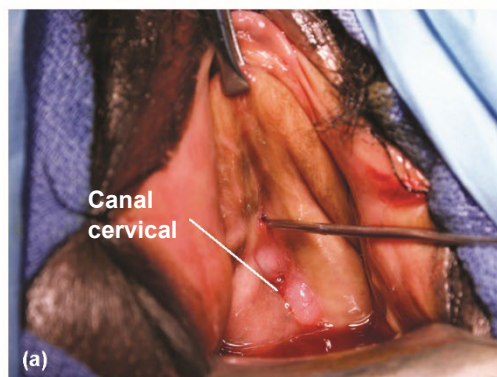


Figura 6.48

a) Uma fístula minúscula junto ao colo do útero. Repare que o colo uterino anterior está dividido.
b) É refletido a partir do colo uterino e repare novamente que o colo uterino anterior está dividido e terá de ser reparado. A fístula é tão pequena que seria impossível identificar formalmente os ureteres. Verifique se os ureteres não estão dentro ou fora da extremidade da fístula antes de reparar a mesma. A reparação necessita apenas de duas ou três suturas.

A incidência desta fístula junto ao colo do útero/intracervical combinada varia consoante o local. Num hospital do Uganda, 75% das pacientes com fístula foram submetidas a partos por cesariana, pelo que a lesão é observada com bastante frequência. Na Etiópia, onde apenas 15% das pacientes foram submetidas a cesariana, a lesão é pouco frequente.

Por norma, neste tipo de casos, o colo uterino anterior está danificado e, por vezes, surge completamente aberto. Após a reparação da fístula, será necessário tentar aproximar as extremidades do colo uterino rasgado e, em seguida, reparar a vagina em conformidade.

Fístulas intracervicais

A Figura 6.50 mostra o caso de uma fístula intracervical. Nestes casos, a fístula não é visível na vagina e o teste de coloração mostra uma perda através do colo uterino. Estas fístulas resultam sempre de uma cesariana. A maioria é iatrogénica devido à incorporação accidental de parte da

bexiga ao fechar o segmento inferior. Infelizmente, muitos médicos esquecem-se de refletir a bexiga inferiormente quando fazem uma cesariana, pelo que a incorporação da bexiga na reparação do segmento inferior é muito fácil de acontecer.

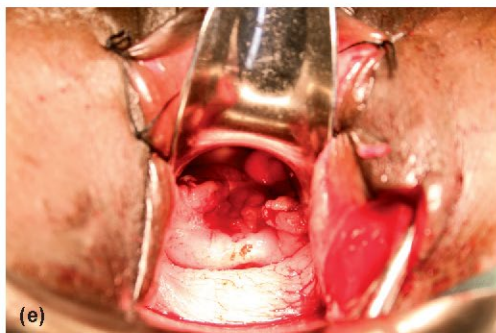
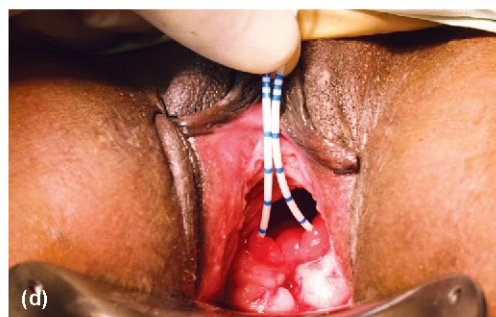
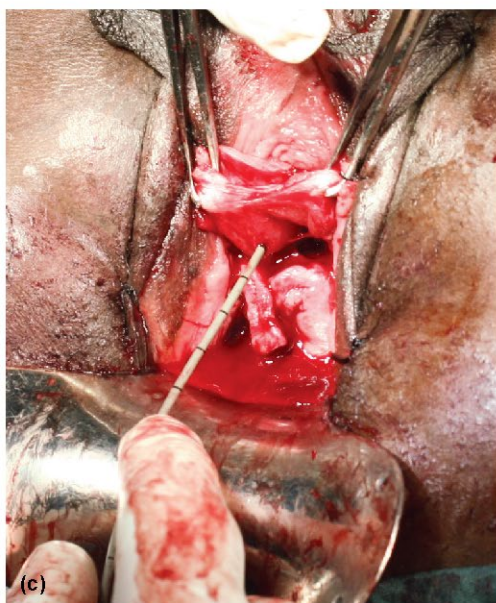
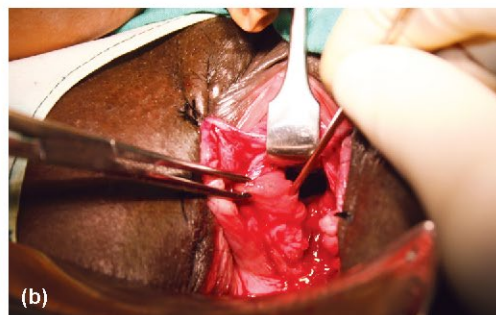
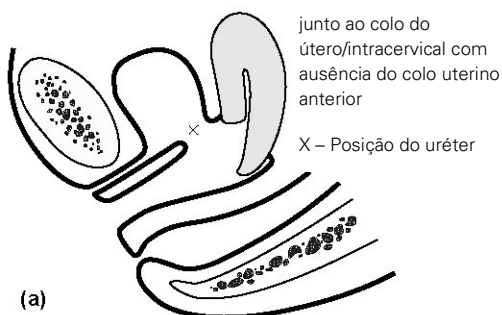


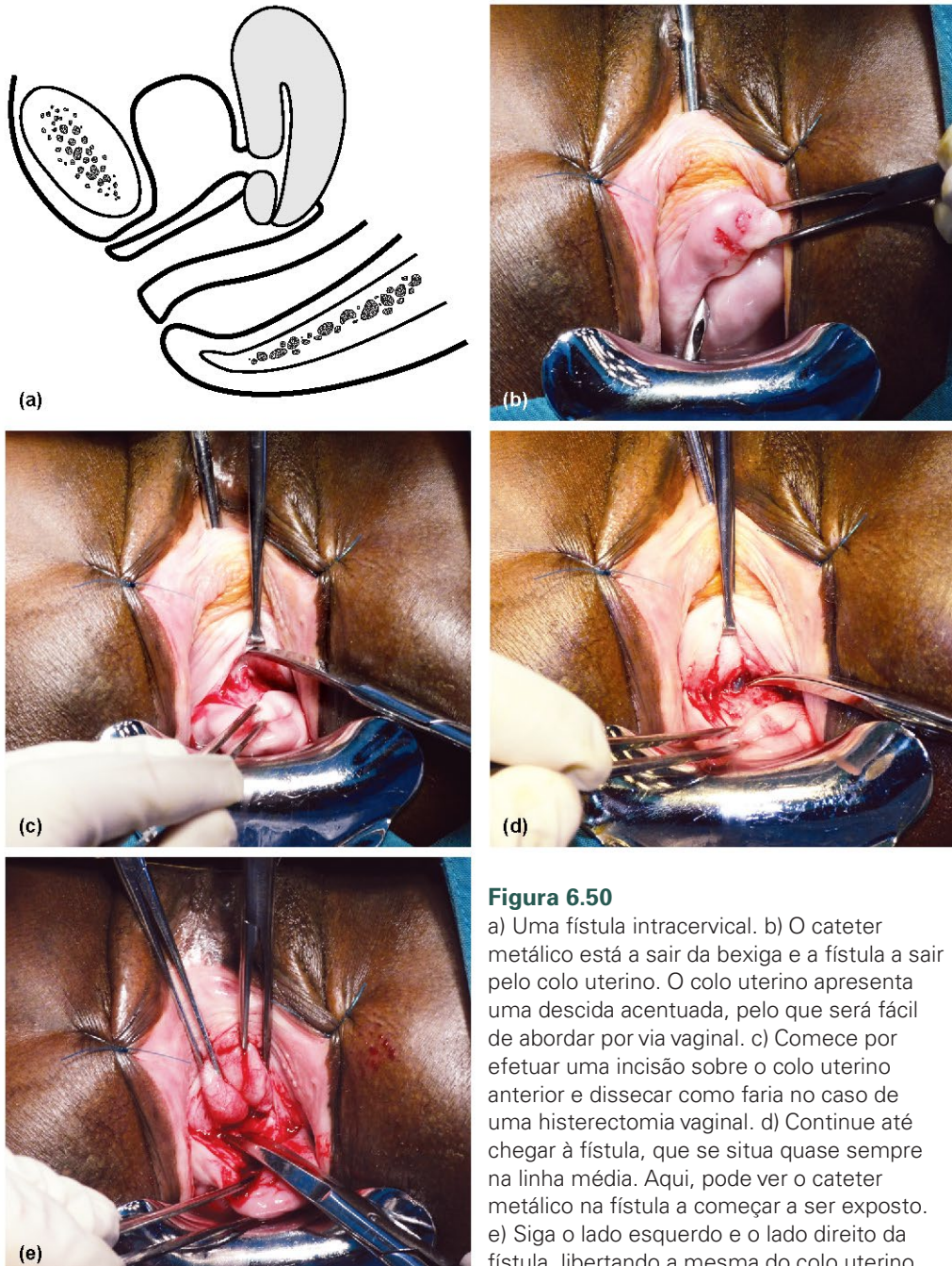
Figura 6.49

a) Em termos esquemáticos, é possível ver que o colo uterino anterior está ausente e a bexiga está dividida ao longo do útero. Isto é muito difícil de fotografar. b) Identifique os ureteres. Poderá ser necessário retraindo a bexiga com um espécúlo de Langenbeck ou espécúlo de Sims para permitir a respetiva visualização c) Embora, por vezes, se encontrem sob a margem distal da fístula. d) Uma fístula diferente, mas aqui é possível ver claramente o colo uterino dividido e a proximidade dos ureteres em relação à extremidade. e) Pode ser muito difícil visualizar a laceração da bexiga que sobe pelo colo uterino. Ter um espécúlo de Sims na bexiga pode ajudar a visualizar a mesma. Terá de dissecar ao longo de cada um dos lados da junção bexiga/colo uterino, a partir do lado direito e do lado esquerdo do colo uterino rasgado, para poder convergir no ápice. É mais fácil reparar a bexiga longitudinalmente. Não se esqueça de reparar a divisão do útero e do colo uterino.

Desde que o colo uterino desça bem, não é difícil proceder à reparação a partir de baixo (conforme apresentado na Figura 6.50). Inicie a operação ao efetuar uma incisão horizontal sobre a parte superior do colo uterino, reflita a vagina distal como descrito acima e, em seguida, reflita a bexiga para fora do colo uterino, como faria no caso de uma histerectomia vaginal. A fístula estará situada a 1-2 cm do orifício externo e, quase sempre, na linha média.

Depois de reparar a fístula na bexiga, certifique-se de que repara a fístula no colo uterino.

Pessoalmente, costumo reparar todas as fistulas intracervicais a partir de baixo, mas o meu colega Brian Hancock opta por reparar cerca de um terço através de uma abordagem abdominal transvesical. Os cirurgiões que tiverem menos experiência em cirurgias vaginais podem considerar que é mais fácil reparar as fístulas intracervicais verdadeiras a partir de cima, embora os aconselhemos a aprender a abordagem vaginal o mais cedo possível. A via abdominal é descrita na secção seguinte.

**Figura 6.50**

a) Uma fistula intracervical. b) O cateter metálico está a sair da bexiga e a fistula a sair pelo colo uterino. O colo uterino apresenta uma descida acentuada, pelo que será fácil de abordar por via vaginal. c) Comece por efetuar uma incisão sobre o colo uterino anterior e dissecar como faria no caso de uma histerectomia vaginal. d) Continue até chegar à fistula, que se situa quase sempre na linha média. Aqui, pode ver o cateter metálico na fistula a começar a ser exposto. e) Siga o lado esquerdo e o lado direito da fistula, libertando a mesma do colo uterino.

Continuação

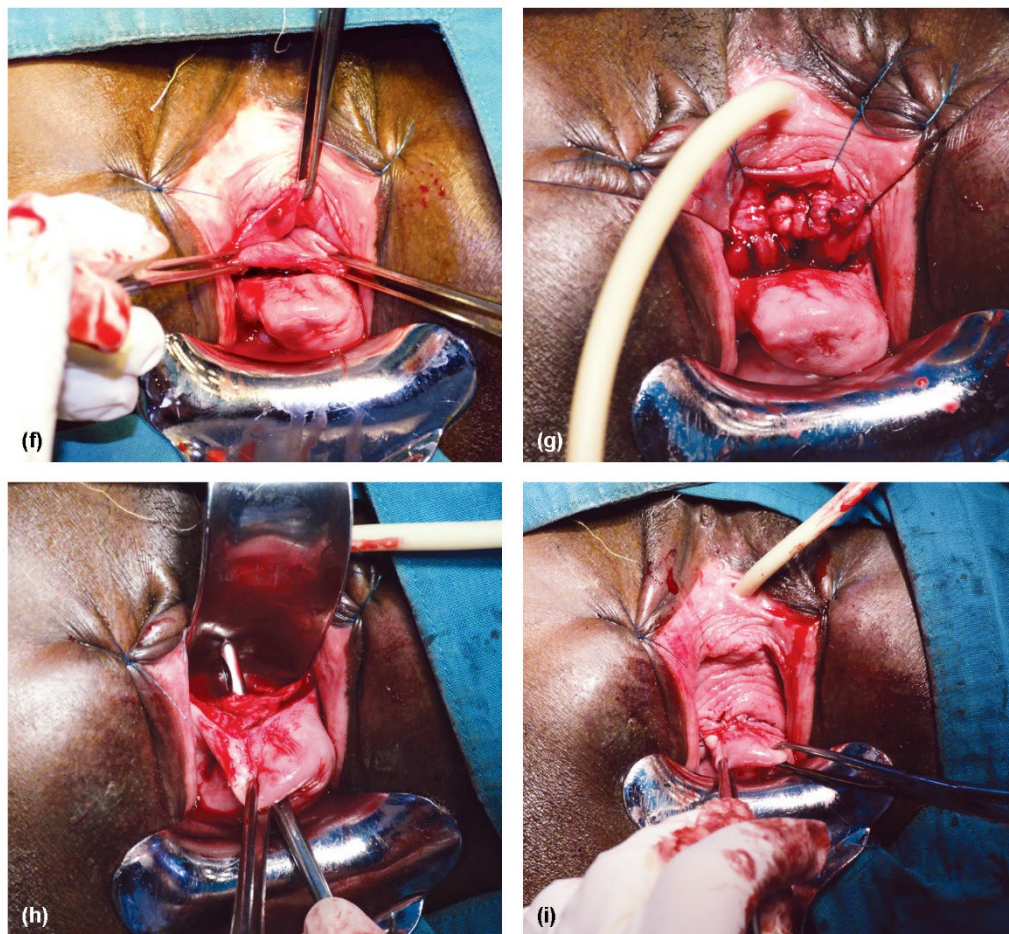


Figura 6.50 (continuação)

f) Liberte o ápice e a bexiga ficará livre. Por norma, esta separa-se e aumenta de tamanho. Bexiga reparada. h) Não se esqueça do orifício do colo uterino ou do útero. Este também deve ser reparado. i) Vagina reparada.

Fístulas da cúpula vaginal

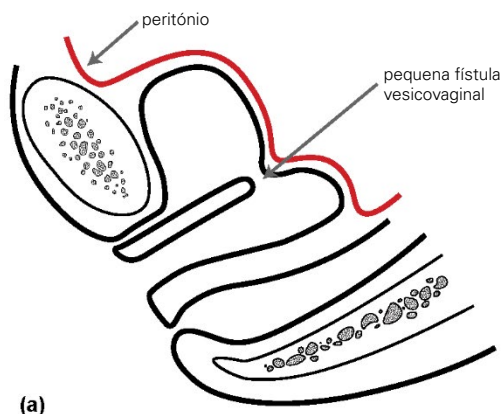
As fístulas da cúpula vaginal ocorrem após a realização de uma histerectomia. Pode existir um resto de tecido cervical incorporado na cúpula vaginal, em especial quando a operação se tratar de uma histerectomia por cesariana. (Figura 6.51)

Os princípios das operações de fístulas continuam a aplicar-se. Costumo administrar sempre uma dose de Lasix para excluir a hipótese de fistula ureteral. O uréter pode ter sido facilmente incorporado na cúpula vaginal aquando da operação e nunca deve ser negligenciado. O uréter também pode ser encontrado na extremidade de uma fistula. Antes de iniciar a reparação da bexiga, deve-se certificar-se de que não existem jatos de urina na extremidade.

É muito fácil entrar na cavidade peritoneal durante a mobilização, o que não representa um problema significativo. No entanto, se tal ocorrer, o sangue e a urina presentes durante a operação serão drenados para a cavidade abdominal com a paciente numa posição de

Trendelenburg acentuada, o que pode levar a um íleo no período pós-operatório. Para evitar que isso aconteça, fecho sempre o peritônio no caso de o ter aberto.

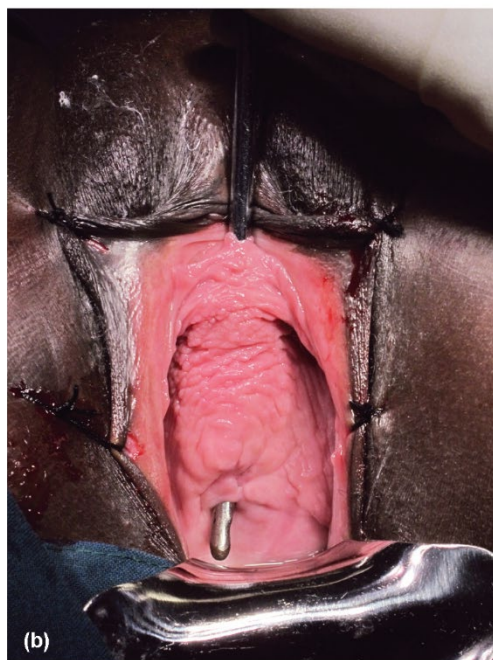
Alguns cirurgiões também preferem reparar estas fístulas por via abdominal, embora, com a devida prática, as mesmas possam ser facilmente reparadas por via vaginal.



(a)

Figura 6.51

a) Diagrama de uma fístula da cúpula vaginal. Note como a cavidade peritoneal está próxima da fístula. b) Uma fístula da cúpula vaginal após a realização de uma histerectomia eletiva.



(b)

A VIA ABDOMINAL

Quando é que uma reparação abdominal é adequada?

Vários cirurgiões de fístulas a tempo inteiro afirmam que conseguem reparar todas as fístulas por via vaginal, independentemente da posição elevada que as mesmas possam ocupar. Depois de adquirir uma maior experiência, a maior parte dos cirurgiões descobre que consegue fechar a maioria das fístulas junto ao colo do útero, intracervicais ou da cúpula vaginal altas a partir de baixo.

De facto, existem alguns casos que são extremamente difíceis de fechar a partir de baixo, com vários cirurgiões a acreditar firmemente que alguns casos são muito mais fáceis de fechar de forma eletiva por via abdominal. Estes casos referem-se sempre a pacientes cujas fístulas surgiram depois de terem sido submetidas a partos por cesariana.

Uma abordagem abdominal transvesical não é uma opção fácil para o tratamento de fístulas que os cirurgiões inexperientes possam considerar difíceis de realizar a partir de baixo. Nenhuma fístula que esteja situada abaixo ou que seja suscetível de estar próxima dos orifícios ureterais deve ser tratada a partir de cima, exceto no caso de se tratar de um cirurgião muito experiente. Esta abordagem requer um bom nível de relaxamento abdominal, retratores adequados, boas

condições de iluminação, capacidade de cateterização dos ureteres a partir do interior da bexiga e, acima de tudo, uma boa sucção. Estas são circunstâncias ideais que podem não existir em muitos hospitais de recursos limitados.

Por norma, a decisão final sobre a abordagem a adotar é tomada na mesa cirúrgica, com ou sem anestesia. Os fatores a considerar são a visibilidade da fistula e a mobilidade do útero e do colo uterino, os quais são avaliados através de um exame bimanual.

Fístulas intracervicais iatrogénicas pós-cesariana

Podem surgir suspeitas de fistula intracervical iatrogénica pós-cesariana quando a paciente relata que deu à luz um bebé vivo, mas apresenta perdas pelo colo uterino. A fistula é quase sempre causada por uma sutura acidental da bexiga ao segmento uterino inferior.

Brian Hancock opta por uma via abdominal nos seguintes casos:

- (a) fístulas intracervicais com um colo uterino que não pode ser facilmente puxado para baixo (este é um caso mais recorrente em primíparas do que em múltiparas)
- (b) fístulas da cúpula vaginal pós-histerectomia que não descem facilmente.

Antes de selecionar uma reparação abdominal para qualquer paciente, é essencial ter a certeza absoluta, por meio de um teste de coloração e uma inspeção vaginal sob anestesia, de que a perda ocorre através do colo uterino, e não através de um orifício na vagina. É perfeitamente possível que uma fistula vaginal pequena coexista com uma fistula intracervical ou uma fistula da cúpula vaginal após rutura do útero.

Reparação transvesical ilustrada: A técnica de O'Connor de bissecção da bexiga

A maioria dos urologistas prefere adotar uma abordagem extraperitoneal na bexiga. Embora isso tenha a vantagem de perturbar ao mínimo o conteúdo abdominal, a maior parte dos cirurgiões gerais/de fistulas, incluindo eu próprio, prefere realizar uma laparotomia geral. Este procedimento permite beneficiar de uma exposição muito melhor. Um truque útil transmitido por Brian Hancock consiste em colocar uma sutura grande através do fundo do útero para usar como retrator. (Figura 6.52) Aplicar uma forte tração no mesmo em direção à extremidade da cabeça ajuda muito a visualizar a bexiga e o colo uterino aderentes.

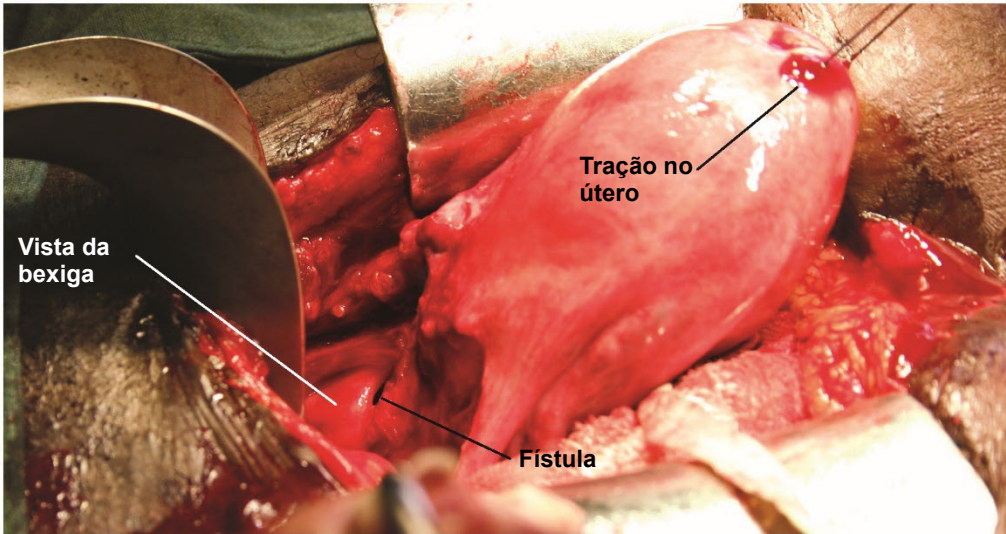


Figura 6.52

Para ajudar na exposição, é colocada uma sutura forte através do fundo uterino. Recorrer a este procedimento para retrain em direção à cabeça da paciente ajuda a aceder à bexiga e à fístula.

As aderências existentes entre a bexiga e o segmento inferior são dissecadas a uma curta distância. Se não for possível detetar rapidamente a fístula, não devem existir hesitações quanto à abertura do fundo da bexiga, inspeção do interior da mesma e respetiva divisão vertical em sentido descendente até que a fístula seja devidamente alcançada e circunscrita (a técnica de O'Connor). (Figura 6.53) Claro está, este procedimento tem a vantagem adicional de permitir a identificação e, se necessário, o cateterismo dos orifícios ureterais. Conforme foi mencionado anteriormente, neste tipo de casos deve prestar sempre atenção a possíveis fístulas ureterais. Se não conseguir ver um uréter a jorrar para a bexiga, verifique se o mesmo está dilatado. Se estiver dilatado e não estiver a drenar para a bexiga, significa que deve ter sido ligado, devendo ser reimplantado.

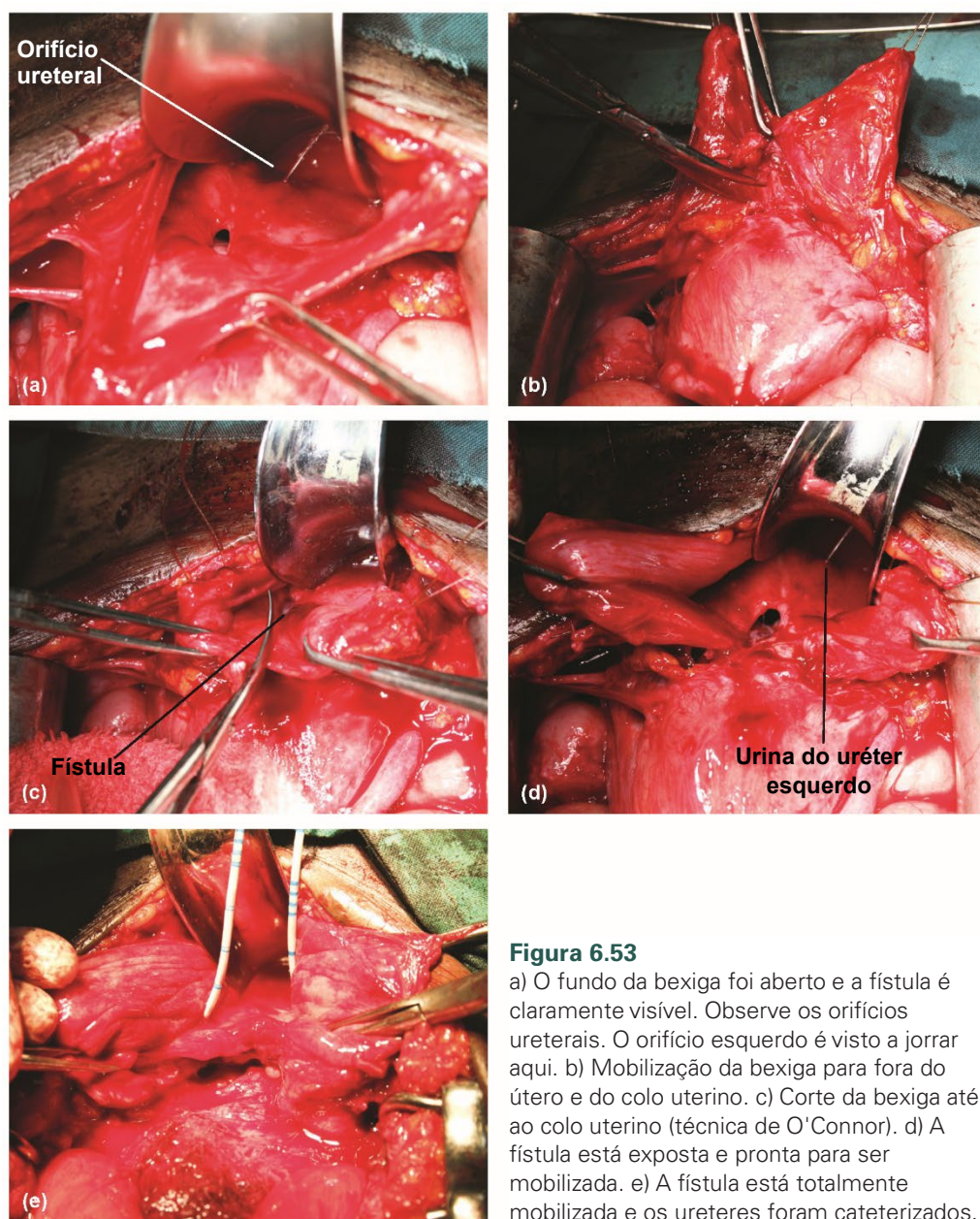


Figura 6.53

a) O fundo da bexiga foi aberto e a fístula é claramente visível. Observe os orifícios ureterais. O orifício esquerdo é visto a jorrar aqui. b) Mobilização da bexiga para fora do útero e do colo uterino. c) Corte da bexiga até ao colo uterino (técnica de O'Connor). d) A fístula está exposta e pronta para ser mobilizada. e) A fístula está totalmente mobilizada e os ureteres foram cateterizados.

RECONSTRUÇÃO URETRAL

Cerca de 2% dos casos apresentam uma perda completa da uretra. Isto resulta de um número muito reduzido de partos obstruídos, em que toda a uretra é esmagada e entra em necrose. Pode tratar-se de uma lesão localizada com uma bexiga de tamanho normal, mas ocorre sobretudo com um componente vesicovaginal na fístula, o que pode resultar na perda de uma parte da bexiga e acabar com uma bexiga pequena. Estes defeitos podem ser reparados por via anatómica, mas é difícil obter um resultado funcional satisfatório. Atualmente, existem dois métodos disponíveis para ajudar a restaurar estas pacientes:

- criação de uma nova uretra a partir do tecido existente: tecido vaginal ou qualquer tecido uretral remanescente
- construção de uma nova uretra a partir da parede anterior da bexiga.

Criação de uma nova uretra a partir do tecido existente

É criada uma nova uretra a partir do tecido uretral e vaginal remanescente. Se todo o tecido uretral tiver desaparecido e o tecido vaginal normal for reduzido, as perspectivas não são muito animadoras (Figura 6.54), uma vez que o único tecido que resta é uma camada fina de epitélio sobre o osso da sínfise posterior, que é muito frágil de trabalhar e não oferece qualquer substância para criar algo funcional.



Figura 6.54

A uretra foi completamente destruída. A paciente tinha muito pouco tecido da bexiga restante, o que impossibilitava a criação de uma nova uretra a partir da bexiga anterior. Acabou por ser submetida a um procedimento de derivação.

Se permanecer alguma faixa de tecido uretral normal, existe a possibilidade de criar um tubo razoável. A reparação é efetuada através de uma incisão em forma de U, com os braços do U a estenderem-se para onde deveria estar o meato uretral externo, com cerca de 3 cm de distância entre si. (Figura 6.55) É preferível fazer os braços mais largos do que o necessário, pois é fácil acabar com pouco tecido para criar um tubo. A base do U assenta sobre a entrada da bexiga. Os lados do U são um pouco socavados de ambos os lados em direção à linha média. Isto eleva os rebordos de tecido a partir dos quais irá criar a nova uretra. É necessário ter cuidado, porque, muitas vezes, o tecido é frágil. A vagina lateral à incisão em forma de U também é dissecada para criar rebordos que visam cobrir a nova uretra, sendo a bexiga mobilizada tanto quanto necessário para permitir a respetiva fixação à nova uretra.

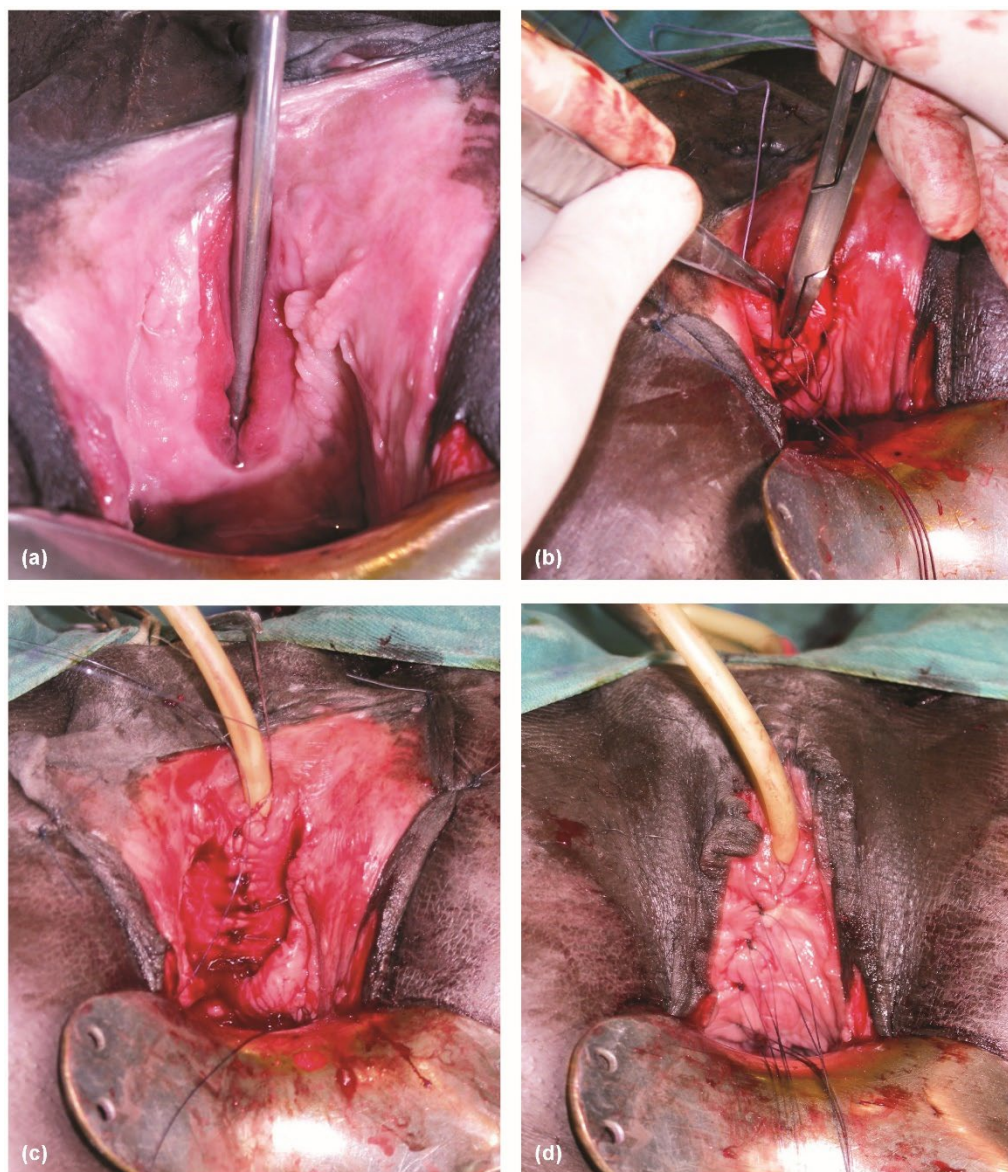


Figura 6.55

a) Uma uretra que foi cortada. Existe algum tecido restante em bom estado, o que demonstra os princípios da reparação. b) A mobilização da uretra foi devidamente realizada e a uretra está a ser suturada. Lembre-se de não apertar demasiado nem deixar demasiado solto. c) Uretra reconstruída. d) Vagina reparada.

Os tecidos da nova uretra são suturados sobre um cateter de Foley. Uma alternativa possível consiste em suturar os tecidos uretrais sem um cateter permanente e, em vez disso, verificar o diâmetro da nova uretra depois de cada ponto com um dilatador Hegar médio, um cateter de Foley ou um cateter metálico. Quando a construção estiver concluída, é possível passar um cateter de Foley de 14 ou 16 FG. O cateter não deve ficar apertado dentro da nova uretra. Apoie a estrutura com um sling de tecido fibromuscular da pélvis lateral (consulte a secção Suporte uretral – Sling fibromuscular). Se a reparação for muito frágil, é recomendável utilizar também um enxerto de Martius como suporte extra.

Ocasionalmente, a vagina é insuficiente em ambos os lados da nova uretra para cobrir a mesma. Uma alternativa possível consiste em estender duas incisões em sentido descendente pela parede vaginal na direção do colo uterino e, depois de mobilizar um rebordo para fora da bexiga, avançar o mesmo distalmente para cobrir a nova uretra. O problema deste procedimento é que isso levará a uma parede vaginal anterior curta e apertada, que, quando cicatrizada, irá prender a vagina, impedindo-a de ficar solta e elástica. Esta fixação acaba por abrir a uretra, deixando a paciente molhada. Uma opção mais vantajosa para cobrir a nova uretra consiste em utilizar rebordos de tecido dos lábios ou das virilhas. Desta forma, a elasticidade e o comprimento da vagina permanecem inalterados e a uretra não é aberta (consulte a secção Tratamento de defeitos da pele vaginal).

O caso ilustrado na Figura 6.55 mostra o princípio da reparação e apresenta um prognóstico excelente, uma vez que não se trata de uma lesão de parto e a perda de tecido não é significativa. Trata-se de um caso de lesão uretral traumática causada por um corte *Gishiri* (uma forma de mutilação genital por vezes praticada no norte da Nigéria como tratamento tradicional para diversas doenças ginecológicas). A uretra superficial foi cortada até ao colo da bexiga. Como não existe perda de tecido isquémico, este é o tipo de reparação mais favorável. A Figura 6.56 ilustra um caso em que existe superficialmente uma pequena ponte de uretra, mas a uretra está em bom estado no aspeto profundo. É possível reparar longitudinalmente o defeito na uretra para manter o comprimento da mesma.

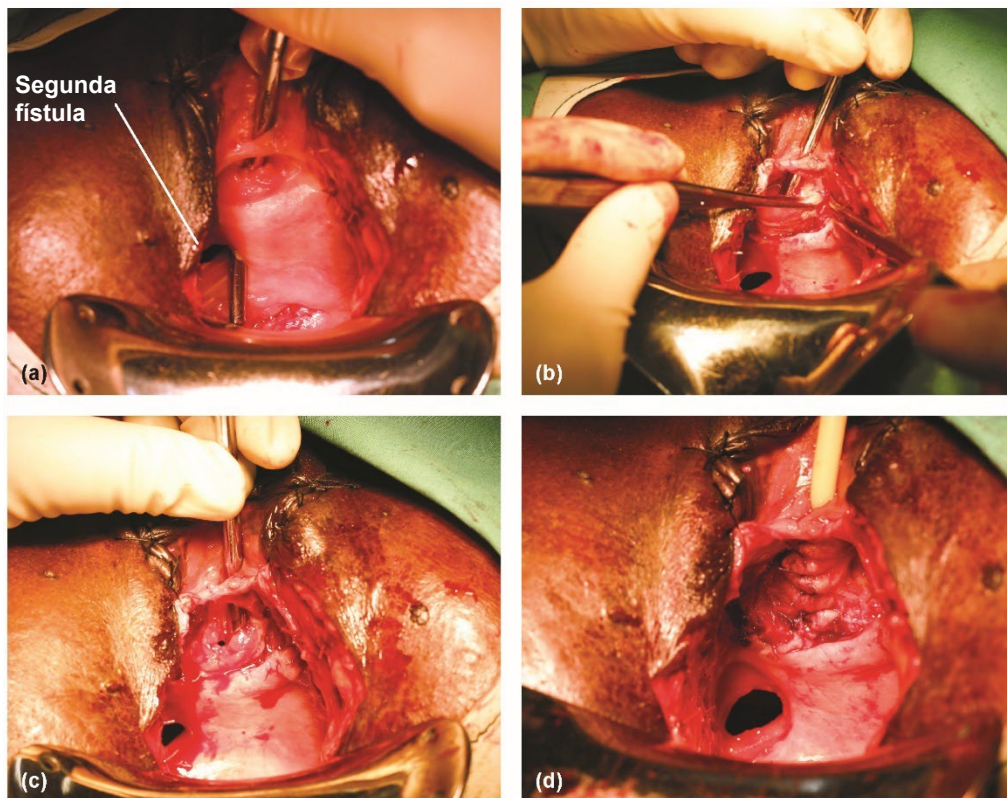


Figura 6.56

a) Duas fístulas, uma proximal e outra na uretra. Permanece uma pequena ponte de uretra distal. b) Mobilize os tecidos uretrais lateralmente para fora a partir dos ossos. c) Os tecidos uretrais estão agora totalmente mobilizados e d) podem ser reparados longitudinalmente sobre um cateter de Foley para criar uma nova uretra (a fístula proximal já pode ser fechada).

Construção de uma nova uretra a partir da parede anterior da bexiga

Nos casos em que não houver muito tecido uretral remanescente, uma operação alternativa passa por criar uma nova uretra a partir de um rebordo da parede anterior da bexiga. (Figura 6.57) Os resultados não são ótimos, o procedimento é tecnicamente difícil e a bexiga deve ter um tamanho quase normal para ser viável. Esta abordagem só é recomendada para os cirurgiões de fístulas mais experientes.

Para esta operação, a bexiga tem de ser mobilizada circunferencialmente e de forma bastante alargada para fazer descer a parede anterior da bexiga para onde deveria estar o meato uretral externo. Uma vez alcançado o objetivo, são efetuadas duas incisões na bexiga anterior com cerca de 3 a 4 cm de distância entre si e 2 a 3 cm de comprimento. O rebordo passará a ser a nova uretra. Em primeiro lugar, é necessário remover o epitélio da base da uretra antiga sobre a sínfise

pública para criar uma área crua onde irá ficar a nova uretra. É necessário refletir lateralmente a vagina a partir do local onde a uretra irá ficar para cobrir a mesma mais tarde.

O rebordo é fixado na linha média, no local onde deve ficar o meato urinário externo, e é depois cosido de lado a lado sobre um cateter de Foley. Se o rebordo for pequeno, poderá ser necessário um tamanho 12. Por vezes, é mais fácil fixar a bexiga anterior no local do meato urinário externo antes de cortar o rebordo e, em seguida, começar a coser a bexiga de lado a lado sobre o cateter, efetuando as incisões na bexiga depois de cada sutura e prosseguindo ao longo do comprimento da uretra. Isto evita o erro grave de cortar demasiado o rebordo e este acabar por ficar curto ou estreito. Sem dúvida, prefiro seguir este método. No caso de cometer um erro na incisão inicial do rebordo, a operação está arruinada, mas se avançar passo a passo à medida que vai cosendo sobre um cateter, o risco de erro é fortemente reduzido.

Quando a uretra é colocada sobre o cateter, o defeito remanescente na bexiga é reparado vertical ou horizontalmente, sendo efetuado um teste de coloração e colocado um sling fibromuscular ou fascial por baixo da uretra. A utilização de um enxerto de Martius é opcional e útil para preencher eventuais espaços mortos.

De uma pequena série de dez operações efetuadas pelo autor há alguns anos, duas pacientes ficaram completamente curadas e a urinar normalmente e três apresentavam retenção urinária, mas estavam secas depois de realizado o autocateterismo. As restantes cinco pacientes continuavam a ser incontinentes em graus variáveis, mas conseguiam reter alguma urina. Tiveram de ser submetidas a uma segunda operação para tentar alargar a uretra e dar-lhe um melhor suporte.

Este tubo da parede anterior da bexiga também pode ser utilizado para alongar uma uretra curta. Trata-se de um procedimento tecnicamente exigente e, por vezes, impossível de realizar, porque a paciente tem uma bexiga pequena, o que exclui, de facto, o procedimento. Costumo utilizar esta técnica, de forma rotineira, em pacientes com uretras curtas e um defeito circunferencial e, de acordo com a minha experiência, os resultados são mais positivos. O princípio da cirurgia de fístulas consiste em restaurar a anatomia normal, isto é, dotar a uretra de um comprimento e uma largura normais (e depois apoiá-la com um sling para replicar o ligamento pubouretral).

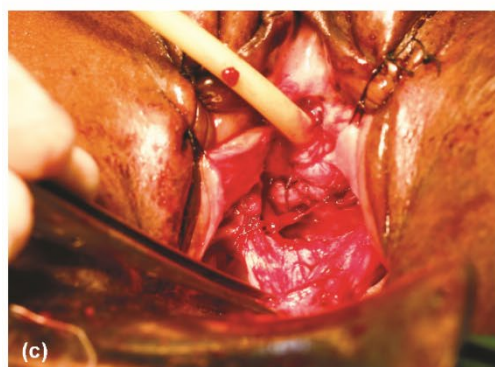
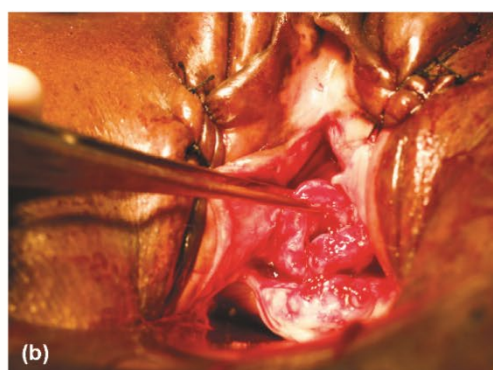
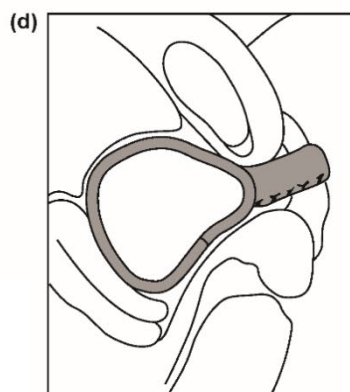
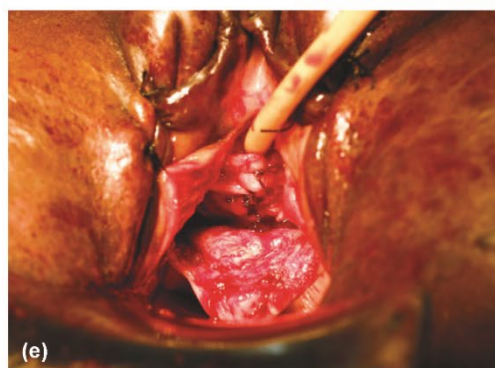
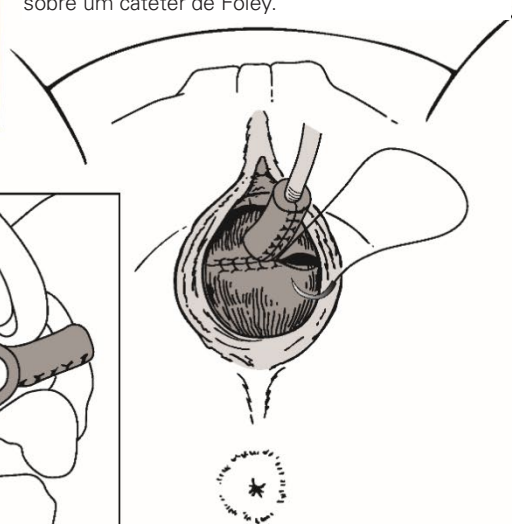


Figura 6.57

a) Não existe uretra ou tecidos uretrais remanescentes. Existe uma abertura apertada presa sob o osso púbico numa bexiga de bom tamanho. b) A bexiga foi mobilizada circunferencialmente e avançada em sentido descendente. c) Foi efetuada uma incisão na bexiga posterior e criada uma faixa para suturar sobre um cateter de Foley.



d) A restante bexiga foi reparada conforme apresentado aqui no diagrama.



e) A nova uretra foi apoiada por um sling fibromuscular.

PROCEDIMENTOS OPERATÓRIOS PARA REDUZIR A INCIDÊNCIA DE INCONTINÊNCIA DE ESFORÇO

Os procedimentos descritos até ao momento concentram-se no encerramento da fístula. Lembre-se dos Princípios básicos. Os princípios mais avançados visam prevenir a incontinência persistente. Discutimos ligeiramente os mesmos nas secções anteriores quando abordámos a questão de alongar a uretra durante a reparação. Iremos agora debater mais técnicas em pormenor.

A partir de uma análise multivariada de pacientes da Etiópia, conhecemos os fatores que favorecem o aparecimento de casos de incontinência persistente apesar das fistulas fechadas. São os seguintes:

- Envolvimento da uretra (tipos 2-4 na classificação de Goh): quanto mais curta for a uretra, maior é a incontinência persistente, sendo que o tipo 4 na classificação de Goh apresenta os piores resultados. Isto corresponde à fístula de Waaldijk tipo II ou a fístulas que envolvem o mecanismo de encerramento.
- Fístulas maiores.
- Cicatrizes vaginais suficientes para impedir a inserção de um espéculo sem vaginotomia.
- Volume pequeno da bexiga após a reparação (<150 cm³).

O mais importante é a perda do comprimento e da qualidade do tecido uretral, pelo que é essencial adotar todas as medidas possíveis para melhorar o problema. Estas medidas incidem sobre três grupos distintos:

- Procedimentos de alongamento para assegurar um comprimento uretral adequado.
O alongamento da uretra é efetuado a partir do tecido da bexiga.
- Suporte uretral com um sling fibromuscular ou fibroso ou que inclua a reparação da fásia pubocervical.
- Tratamento de defeitos da pele vaginal para garantir que não existe qualquer tensão na vagina que abra a uretra.

Procedimentos de alongamento

Numa série de pacientes com incontinência de esforço pós-reparação grave, o comprimento médio da uretra era de 1,4 cm, o que equivale a menos de metade do comprimento normal de 3 a 4 cm. Qualquer procedimento que possa ser adotado para alongar a uretra será útil. Embora não existam provas formais, Kees Waaldijk e outros especialistas acreditam que é muito pouco provável que uma uretra com menos de 2 cm de comprimento venha a ficar continente.

Tal como mencionado na secção anterior sobre fístulas junto à uretra e circunferenciais, em alguns casos, é possível moldar o lado da bexiga da anastomose num tubo com um diâmetro próximo ao diâmetro da uretra. (Figura 6.40) Para isso, a parede anterior da bexiga é unida à uretra restante, ao envolver a bexiga anterior por forma a realizar a anastomose para a uretra e ao fechar o defeito remanescente numa direção vertical.

Como também foi mencionado na secção anterior, o encerramento vertical do defeito uretral é possível em alguns casos.

Suporte uretral

Reparação da fáscia pubocervical

A fáscia pubocervical consiste numa lâmina que tem origem no arcus tendineus da parede pélvica lateral. É um suporte fascial para a uretra, a junção uretrovesical e a base da bexiga. A fáscia pubocervical é perturbada pelo processo isquémico, pelo que todas as tentativas para reparar o dano valem a pena, mesmo que à partida possam parecer pouco substanciais. Alguns cirurgiões fazem uma dissecção bastante extensa sobre a base da bexiga para identificar a fáscia e puxá-la na linha média, apoiando e elevando assim a nova junção uretrovesical. Na realidade, trata-se apenas de uma plicatura radical da bexiga distal.

Outro método consiste em fixar a fáscia pubocervical no arcus tendineus no caso de se ter separado durante a perda isquémica.

Sling fibromuscular (sling pubococcígeo)

Uma revisão efetuada pelo autor relativa a 318 pacientes consecutivas, submetidas a reparações de sucesso no Addis Ababa Fistula Hospital no ano de 2002, registou uma taxa de incontinência pós-operatória imediata de 33%, ao passo que uma revisão independente que também examinou as pacientes colocou a taxa em 45%. A reparação foi efetuada por encerramento simples, com um enxerto de gordura de Martius a ser adicionado na maioria dos casos. Este número de incontinência era muito mais elevado do que anteriormente tinha sido reconhecido, pelo que comecei a utilizar um sling fibromuscular nos casos de alto risco, ou seja, nos casos de uretra encurtada (isto é, extremidade da fístula a <2,5 cm do orifício uretral externo, tipo 3 e 4 na classificação de Goh). Neste caso, tratou-se de uma tentativa de reconstruir o ligamento pubouretral. Desde que o procedimento foi adotado como prática de rotina, a taxa de incontinência de esforço pós-operatória diminuiu para 18%.

A natureza exata dos tecidos a utilizar para fazer o sling está aberta a debate, mas o músculo pubococcígeo é geralmente preferido. Por vezes, trata-se apenas de tecido cicatricial, uma vez que, depois de o músculo entrar em necrose e se desprender, apenas resta o tecido cicatricial no seu lugar.

O procedimento é mais simples de compreender depois de consultar o diagrama e as fotografias apresentados na Figura 6.58. As extremidades laterais da incisão vaginal que foi efetuada em torno da fístula são estendidas um pouco mais lateralmente para as paredes laterais da vagina de cada lado. A pele vaginal é elevada de modo a expor uma parte do tecido fibromuscular sob os ramos púbicos. A bolsa de tecido fibromuscular que é possível sentir nesta zona é agarrada com uma pinça de Allis. Por baixo, é efetuado um corte com uma tesoura, de modo a elevar uma faixa de tecido ainda preso anteriormente sob o arco púbico. O mesmo procedimento é efetuado no outro lado. Em seguida, os dois lados são suturados em conjunto na linha média, por baixo da uretra, com duas suturas interrompidas. Se a dissecção tiver sido efetuada a uma altura suficiente sob a púbis, o sling deve envolver suavemente a uretra em forma de U. Uma mobilização inadequada pode deixar para trás espaços mortos que, com o tempo, podem provocar a abertura da uretra. (Figura 6.58)

Infelizmente, em muitos dos piores casos, o músculo pubococcígeo foi destruído e substituído por fibrose. O sling será então maioritariamente uma cicatriz, mas ainda pode dar algum apoio.

Costumo utilizar este sling na maioria das pacientes que apresentam fístulas a menos de 2,5 cm do orifício uretral externo, embora, por vezes, o utilize em uretras adequadas que tinham claras perdas de urina antes da operação, ou seja, perdas de urina a partir de uma fístula e através da uretra.

O sling também atua como um enxerto, aumentando assim a taxa de encerramento de uma reparação que, por si só, é muitas vezes frágil.

Quando reparar a vagina sobre a reparação, lembre-se de suturar os cantos da vagina aos ossos púbicos (arcus tendineus). Este procedimento irá fechar qualquer espaço morto que possa existir e também atuará como apoio da uretra. (Figura 6.58)

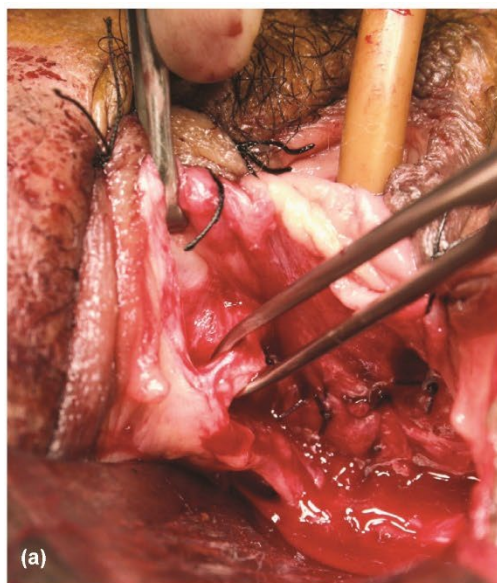
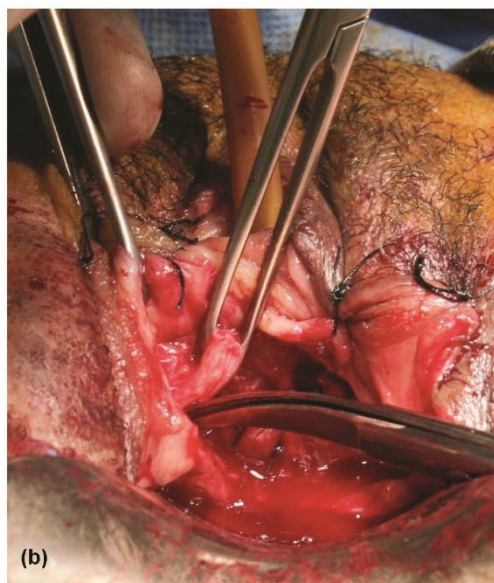
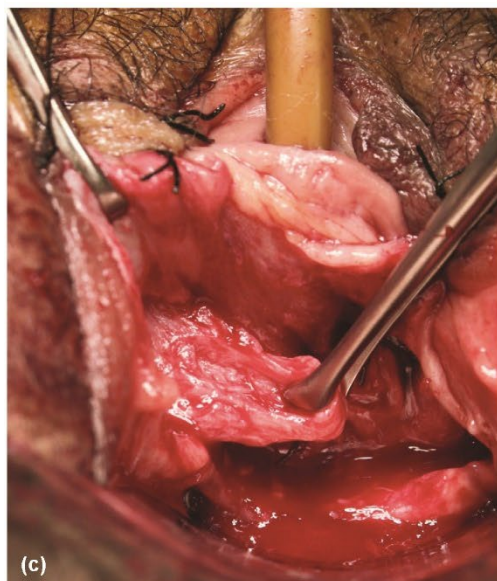


Figura 6.58

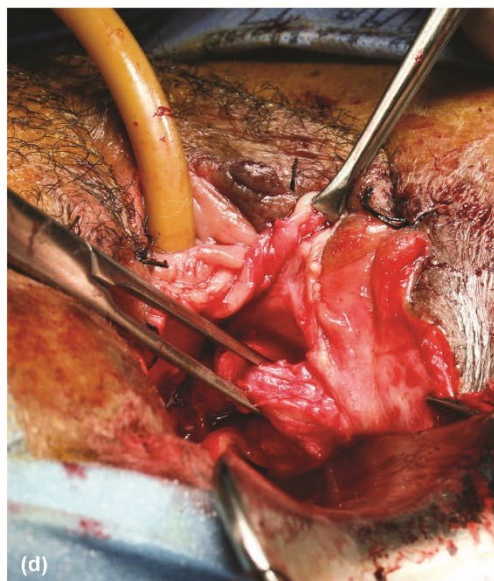
a) A pinça de Allis agarra o músculo sob o arco púbico, no lado direito da uretra.



b) Mobilização através do músculo. Não corte diretamente contra o osso. Retire uma faixa do corpo do músculo.



c) O lado direito do sling está a ser desenvolvido.



d) O mesmo acontece com o lado esquerdo.

Continuação

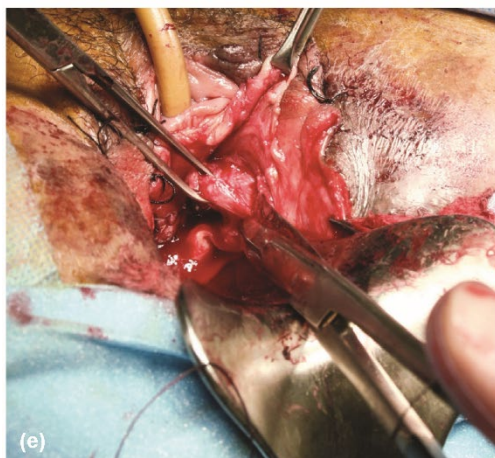
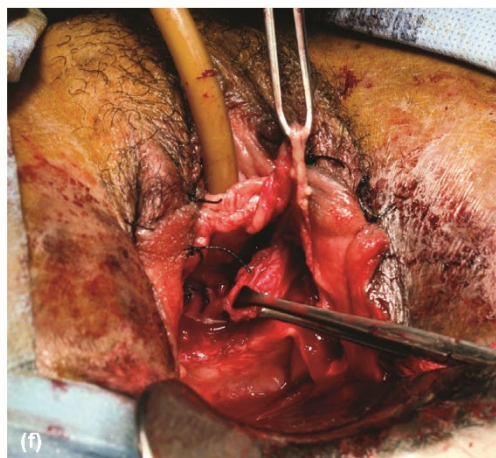
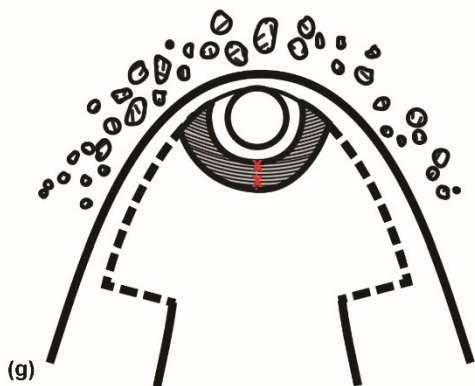


Figura 6.58 (continuação)

e) Dissecção da faixa de músculo.



f) Lado esquerdo do sling completamente desenvolvido e fixado anteriormente.



g) Certifique-se de que a mobilização é efetuada numa posição suficientemente alta sob o arco púbico para que o sling assente



h) Se não o fizer, haverá um espaço morto entre o sling e a uretra.

Continuação

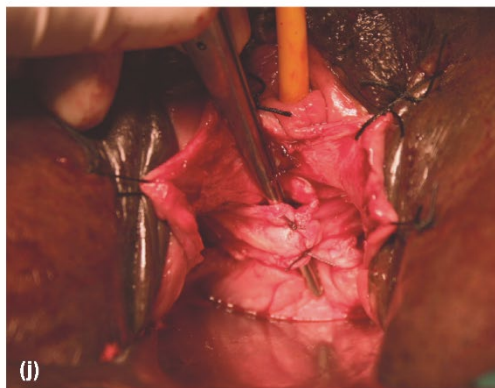
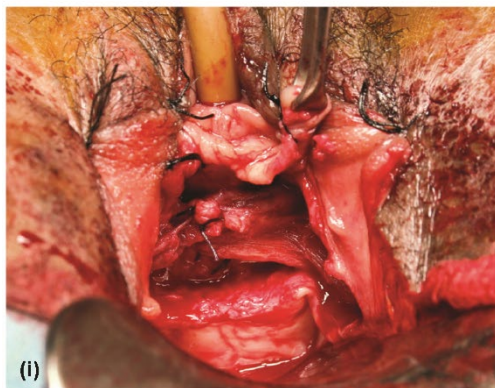
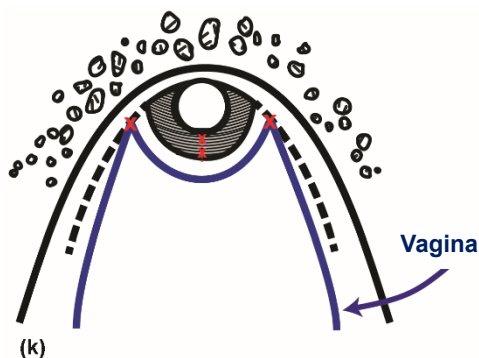


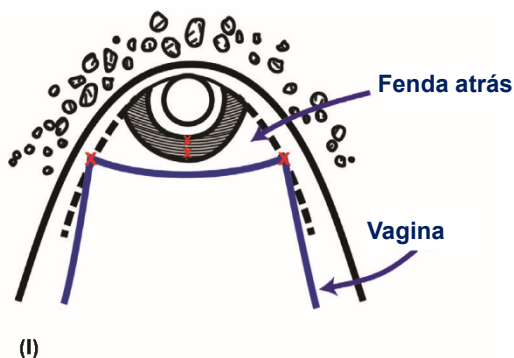
Figura 6.58 (continuação)

i) O sling foi cosido na linha média, mas a dissecção não foi efetuada numa posição muito alta sob o arco púbico, pelo que o sling não está a formar um “U” sob a uretra.

j) Neste caso, a dissecção foi correta, sendo este um bom sling sob a uretra.



k) Da mesma forma, quando reparar a vagina, certifique-se de que repara a vagina contra os ossos púbicos até à base do sling para fechar eventuais espaços mortos.



l) Se não o fizer, acabará por obter espaços mortos entre a vagina e a uretra, como sucede neste caso.

Sling fibroso (fáscia lata ou bainha retal)

Outra opção para o suporte uretral passa por utilizar uma parte do tecido fascial. Encontra-se, neste momento, a decorrer um ensaio aleatório controlado que compara a utilização do músculo ou do tecido fibroso descrito acima e o sling fascial na reparação primária. Os resultados preliminares sugerem que o sling muscular apresenta menos recorrências de fístula, mas o sling fibroso *pode* ser mais vantajoso na manutenção da continência a longo prazo.

Tenho tendência para utilizar o sling fascial como procedimento secundário nos casos em que o sling muscular falhou. Como, por norma, estas pacientes têm pouca ou nenhuma função fisiológica na uretra, o sling atua de uma forma mais obstrutiva. É possível obter muito mais tensão com o sling fascial, o que, por vezes, é benéfico e talvez seja a razão pela qual o sling fascial criado na altura da reparação inicial possa estar associado a um número maior de ruturas

de reparação. Um sling apertado sob a uretra pode exercer demasiada pressão sobre os tecidos em cicatrização, o que faz com que a fistula se rompa.

O sling fascial é um procedimento bastante simples. O primeiro passo consiste em colher uma faixa de fâscia de 5 cm por 1,5 cm do tensor da fâscia lata ou da bainha retal. A incisão efetuada para colher o tensor da fâscia lata situa-se a cerca de 10 cm acima do côndilo femoral lateral. Após a colheita, o defeito fascial pode permanecer aberto e os tecidos subcutâneos e a pele fechados. Se for utilizada a bainha retal, tal é efetuado através de uma incisão de mini-Pfannenstiel, sendo colhida uma faixa de 5 cm por 1,5 cm centrada na linha alba. (Figura 6.59)

Amarre um pouco de PDS ou nylon em cada uma das extremidades depois de efetuar uma incisão de Pfannenstiel (já feita se tiver colhido a bainha da fâscia retal). O sling pode passar por qualquer um dos lados da uretra a partir do lado vaginal, entrando na Caverna de Retzius e avançando até e através da fâscia retal. Para o efeito, é necessário utilizar uma pinça para artérias longa e curva, segurando as extremidades da PDS ou do nylon. Com o nylon já ligado, o sling é depois suturado à bainha retal de ambos os lados com uma agulha livre ou, caso não exista nenhuma disponível, a pinça para artérias curva pode perfurar a bainha para enfiar a sutura. A sutura é amarrada com uma ligeira tensão.

Este procedimento é designado de “sling on a string” (sling por um fio). Obtivemos alguns resultados positivos a curto prazo, mas os resultados a longo prazo não são conhecidos.

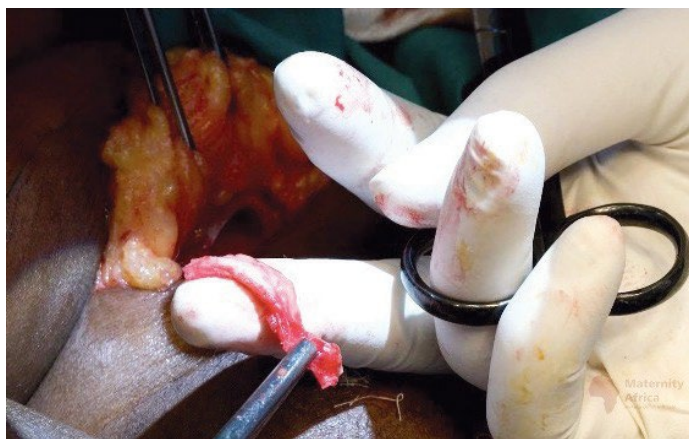


Figura 6.59

É possível colher uma faixa de fâscia retal através de uma incisão de mini-Pfannenstiel baixa. A mesma é utilizada para criar um sling à volta da região média da uretra e é suturada à bainha retal com nylon.

Tratamento de defeitos da pele vaginal

Por vezes, não existe pele vaginal para cobrir uma reparação bem-sucedida da bexiga. Cada vez mais nos apercebemos de que é tão importante fechar corretamente a vagina como reparar a bexiga e a uretra. Se a vagina for fechada de forma a causar tensão, a paciente apresentará quase sempre um caso de incontinência persistente a partir da uretra. A paciente pode muito bem estar a sofrer de dispareunia e, até mesmo, apareunia resultante de uma vagina curta, cicatrizada e rígida. No passado, os cirurgiões limitavam-se a puxar o colo uterino para a frente e a suturar em conjunto a vagina sob tensão, mas a tensão acaba por puxar a uretra para dentro da vagina e abrir a uretra. Por isso, se depois de reparar a bexiga e a uretra a vagina não se unir facilmente,

será necessário preencher a fenda da vagina. Nestes casos, existem cinco opções disponíveis, sendo que as três primeiras opções são simples:

1. Deixar como está. (Figura 6.60)
2. Cobrir a reparação da bexiga com um enxerto de gordura e deixar um defeito vaginal. (Figura 6.61)
3. Utilizar um rebordo labial. (Figura 6.62)
4. Utilizar rebordos mais complexos, por exemplo, rebordo mediais da coxa ou das nádegas.
5. Utilizar um rebordo de pedículo vascular em ilha, nomeadamente o rebordo de Singapura (e a alternativa do rebordo dos pequenos lábios). (Figura 6.64)

Os casos em que é necessário realizar este procedimento apresentam, muitas vezes, uma estenose vaginal significativa antes da reparação. O objetivo da operação consiste em libertar e remover a cicatriz que está na origem da estenose, abrir um espaço para criar uma vagina e arranjar um rebordo vascular para cobrir a mesma. Os rebordos e enxertos não vasculares são bons para pequenos defeitos vaginais, mas se forem utilizados em defeitos maiores tendem a formar cicatrizes e a retrair com o tempo, pelo que não apresentam resultados positivos a longo prazo.

Opções 1 e 2. Segundo a minha experiência, a menos que a fenda deixada na vagina seja muito pequena, a probabilidade de rutura da bexiga é muito grande. Já vi casos em que toda a reparação foi deixada a descoberto e a área exposta da bexiga entrou em necrose e se desprendeu, dificultando ainda mais a reparação seguinte. O melhor é reparar a vagina por completo e de forma adequada. Kees Waaldijk costuma dizer que “para manter uma casa seca é preciso ter um teto e um telhado”, o que significa que é preferível ter duas camadas: a bexiga e a vagina.



Figura 6.60

Uma vagina estenosada. Não havia vagina suficiente para cobrir a reparação, tendo esta ficado parcialmente exposta.

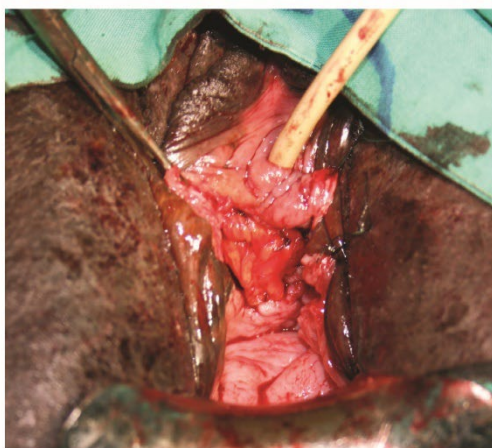


Figura 6.61

O mesmo que na Figura 6.60, mas, neste caso, a reparação foi coberta por um rebordo de gordura de Martius que ficou parcialmente exposto, porque não havia vagina suficiente para cobrir o defeito.

Opção 3. Os rebordos labiais podem ser utilizados a partir dos pequenos e/ou grandes lábios. Por norma, o procedimento é efetuado, ao estender a incisão vaginal até ao introito e ao avançar para fora para a pele. (Figura 6.62) Em seguida, a incisão é efetuada anteriormente entre os pequenos e os grandes lábios, se apenas forem utilizados os pequenos lábios, ou mais lateralmente para incluir os grandes lábios. Se durante a operação tiver sido efetuada uma episiotomia de relaxamento, a incisão só pode ser estendida até aos lábios. No caso de ter sido utilizado um enxerto de Martius, é possível estender a incisão de modo a convergir com a incisão que foi criada para colher o enxerto (consulte a secção deste capítulo sobre o procedimento do enxerto de Martius).

Um rebordo é levantado do plano posterior para o plano anterior e rodado para dentro da vagina. É importante ter em atenção o princípio básico da cirurgia de rebordos. Isto significa que o rebordo continua ligado a algum sítio, a base do rebordo.

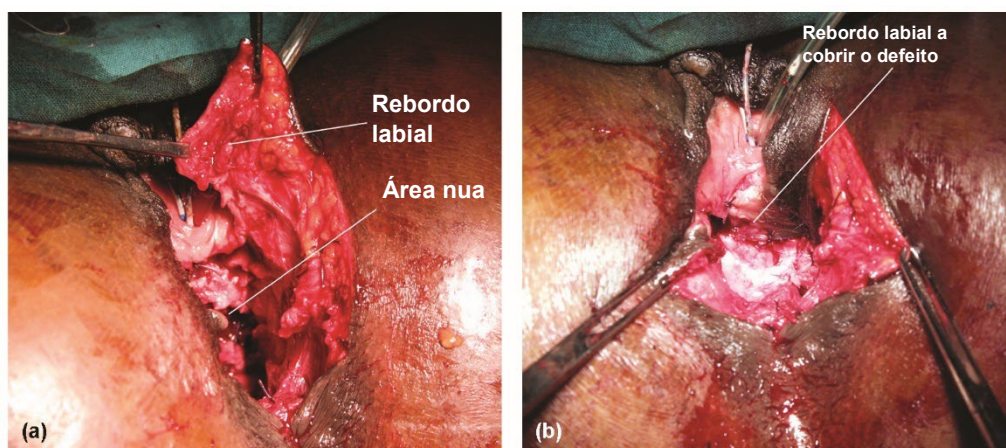


Figura 6.62

Rebordos labiais rotacionais. a) O rebordo labial foi desenvolvido à esquerda. Note a grande área nua sobre o local da reparação e a ausência de vagina para cobrir a mesma. b) O rebordo labial foi rodado para dentro, existindo tecido suficiente para cobrir a área nua. Os locais de incisão serão reparados.

Neste caso, trata-se da pele que não foi cortada. A menos que o rebordo se baseie numa artéria, não terá um aporte de sangue próprio. Quando o rebordo é levantado e deslocado, o aporte de sangue provém indiretamente, por difusão, da base do rebordo (a pele) e também dos tecidos sobre os quais se encontra, neste caso a bexiga. Como regra geral, a base do rebordo deve ser tão larga ou mais larga do que o comprimento do rebordo. Se o rebordo for mais comprido do que largo, o aporte de sangue da parte distal será deficiente e esta irá provavelmente morrer, pelo que deve garantir que o rebordo é mais largo do que o respetivo comprimento.

Os rebordos pequenos funcionam bastante bem, mas, de acordo com a minha experiência, os rebordos maiores acabam por ficar desfigurados e, com o tempo, contraem-se, porque não têm um aporte de sangue próprio. Esta contração lenta que ocorre ao longo do tempo pode acabar por abrir a uretra com uma cicatriz, deixando a paciente incontinente. (Figura 6.63) Costumo utilizar este método se a fenda da vagina após reparação da bexiga tiver apenas cerca de 1 a 2 cm.

**Figura 6.63**

Esta paciente foi submetida a um rebordo labial rotacional bilateral. Com o tempo, o rebordo acabou por formar uma cicatriz, além de existir tensão a abrir a uretra. A paciente estava sempre molhada, tal como acontecia quando tinha a fístula.

Opção 4. Os rebordos mediais da coxa e das nádegas são rebordos maiores, baseados mais lateral e distalmente, mas os princípios acima referidos continuam a aplicar-se. Mais uma vez, os rebordos não se baseiam numa artéria, pelo que não devem ser mais compridos do que a respetiva largura. De acordo com a minha experiência, estes rebordos tendem a ficar desfigurados e formar cicatrizes com o tempo.

Opção 5. Rebordo de Singapura. Na minha opinião, um rebordo de pedículo vascular com ilha cutânea produz o melhor resultado. O método que costumo utilizar é uma ligeira alteração do rebordo de Singapura, que foi desenvolvido pela primeira vez em Singapura para criar uma nova vagina. Este rebordo baseia-se numa artéria, o ramo terminal da artéria pudenda externa. Este ramo avança em direção à pele apenas medialmente à tuberosidade isquial, subindo depois até ao ligamento inguinal numa posição ligeiramente medial à zona da virilha. Desta forma, é criado um rebordo cutâneo em ilha. Em primeiro lugar, marque a incisão com o pedículo a basear-se apenas medialmente à tuberosidade isquial. Pode estimar o comprimento do rebordo necessário, ao aproximar a distância da tuberosidade à parte mais distal do defeito na vagina, utilizando o dedo para medir ou um pedaço de gaze. Em seguida, utilize o comprimento para medir a partir da tuberosidade medial ao longo da zona virilha. Marque este ponto, mas acrescente depois mais ou menos 2 cm, pois acaba sempre por precisar de um comprimento maior do que espera.

Efetue a incisão inicial apenas medialmente à zona da virilha até à marca na base do rebordo (pedículo). Este procedimento incluirá apenas a parte lateral dos grandes lábios. Em seguida, efetue uma incisão em arco na coxa, afunilando até à base. (Figura 6.64) O comprimento pode ir até 15 cm, até ao ligamento inguinal, e pode ter cerca de 6 cm de largura. Na maior parte das vezes, basta efetuar uma incisão mais pequena.

Incise anteriormente e em sentido descendente até à fáscia sobre o músculo. Remova a fáscia do músculo, para garantir que o aporte de sangue fica intacto. A fáscia também pode dar alguma força à vagina, substituindo o defeito na fáscia pubocervical. Coloque uma pequena sutura através da fáscia e fixe-a à pele. Isto irá garantir que a fáscia não se desprende do tecido subcutâneo.

O rebordo é desenvolvido. Deve certificar-se de que mantém um pedículo largo e razoável a um nível inferior que inclua o aporte de sangue. Em seguida, mobilize a parte inferior do rebordo logo abaixo da pele para obter mais comprimento do pedículo. Quando o rebordo for adequado e móvel (e, com sorte, continuar a sangrar distalmente, para saber que o aporte de sangue permanece intacto), faça um túnel para a vagina logo acima do ramo inferior, por baixo do

músculo bulbocavernoso. Para isso, utilize uma tesoura afiada e, em seguida, empurre dois dedos para garantir que o túnel é suficientemente largo para não estrangular o pedículo e, consequentemente, o aporte de sangue. O rebordo passa pelo túnel e é colocado na vagina. Note como o pedículo passa pelo túnel: o rebordo que passa pelo túnel tem pele que é necessário remover. Faça uma marca na pele do pedículo na vagina para determinar a quantidade de pele que pretende manter e, em seguida, remova cuidadosamente a pele de dentro do túnel, puxando os lábios para o lado e expondo a pele dentro do túnel. Em seguida, repare a extremidade proximal do rebordo na vagina/no colo uterino e na parede lateral. Proceda depois da mesma forma anteriormente. Fixe a parte restante do rebordo dentro da vagina à mucosa vaginal.

Em seguida, é necessário reparar o defeito da zona da virilha. Costumo repará-lo em duas camadas profundas e contínuas em mulheres mais fortes com muito tecido subcutâneo ou numa camada profunda em mulheres magras. A camada mais profunda deve ter como objetivo reparar a fásia existente sobre o músculo. Em seguida, utilizo suturas interrompidas na pele, coloco uma gaze como penso sobre a linha de sutura e removo-a ao fim de dois dias.

Tenho registada uma pequena série de mais de 200 enxertos deste tipo com resultados extremamente promissores. Quase todos os casos se referem a pacientes que já foram operadas (até nove vezes) e perderam toda a esperança de cura. Cerca de 70% das pacientes estão agora completamente secas depois de ter sido utilizado o rebordo para relaxar a vagina, com um sling para apoiar a uretra. Registei várias pacientes que me procuraram com vaginas fechadas e irremediavelmente incontinentes após a cirurgia de fístulas. Realizei esta operação apenas para criar uma nova vagina. Após a operação, as pacientes também ficaram completamente continentes. A ideia é que o procedimento funciona por remover a cicatriz e a tensão da vagina (a cicatriz mantinha a uretra aberta).

A desvantagem é o facto de utilizar tecido portador de pelos. Felizmente, na população que costumo tratar, o pelo na zona da virilha é pequeno ou inexistente. Em algumas populações, as pessoas são mais peludas. O acompanhamento mais longo que registei foi o de uma paciente do Uganda que, inicialmente, tinha pelos na vagina, mas, ao fim de 2 anos, estes tinham desaparecido quase por completo e o tecido castanho estava a ficar cor-de-rosa! A paciente estava completamente seca e sexualmente ativa. Noutras ocasiões, vi as pacientes aos seis meses de acompanhamento com alguns pelos na vagina, mas, curiosamente, poucas se queixaram disso. Só posso imaginar se terá sido por educação, mas, por norma, costumo levá-las de novo para o bloco operatório para aplicar diatermia nas áreas portadoras de pelos numa tentativa de destruir os folículos.

Outros cirurgões têm utilizado um rebordo semelhante, mas retiram pele dos grandes lábios com o enxerto de Martius. Esta técnica é muito mais propensa ao aparecimento de pelos. Os casos que tenho acompanhado após a realização desta operação apresentam resultados mais negativos. A pele dos lábios começa a elevar-se e a formar um monte na vagina, tal como sucede com os grandes lábios, ao passo que a pele do rebordo de Singapura permanece mais plana e produz um resultado mais anatómico.

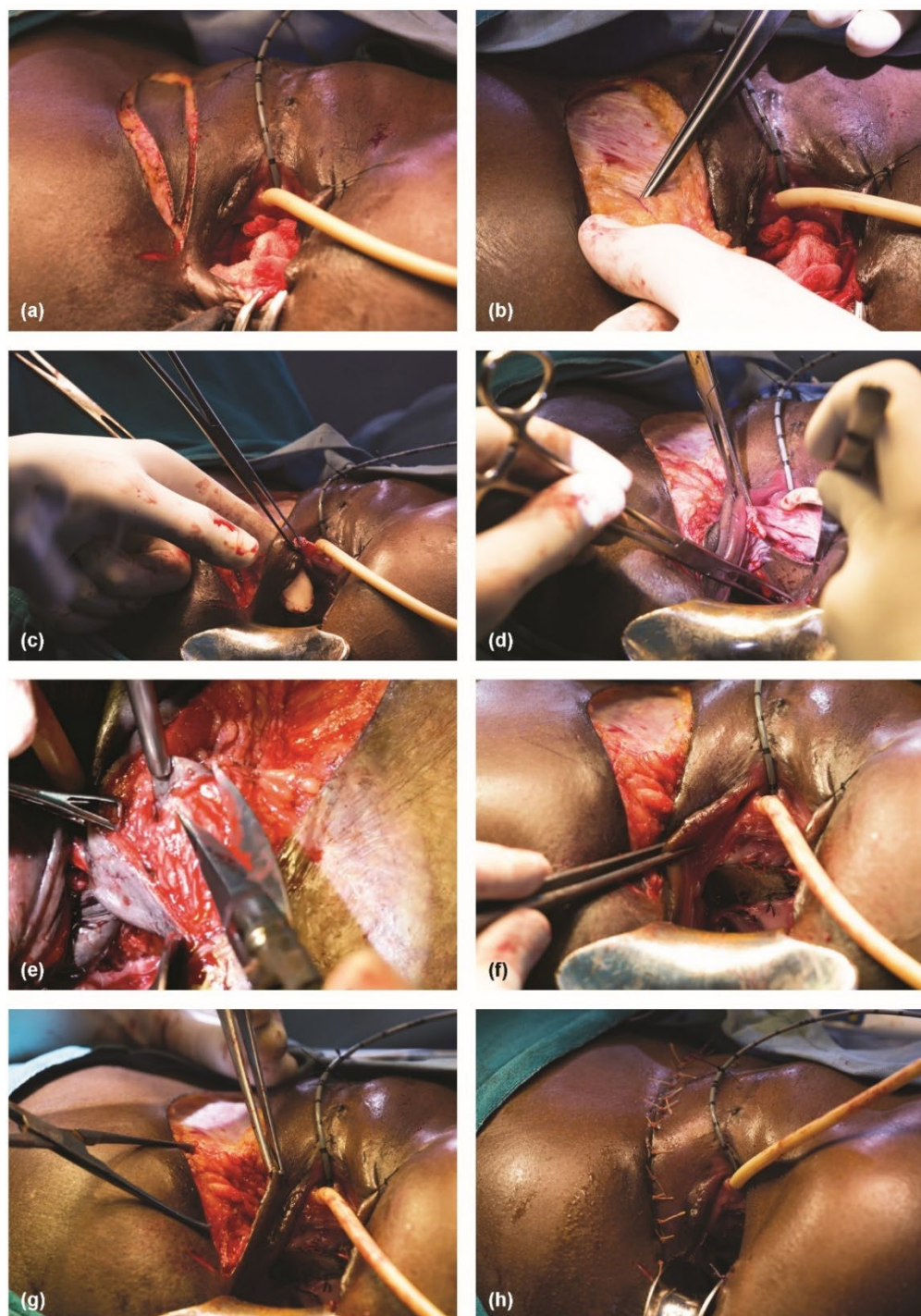


Figura 6.64

O rebordo de Singapura. a) As incisões iniciais, que se estendem desde o ligamento inguinal até ao nível do freio posterior. A zona da virilha está incluída. b) O rebordo é desenvolvido com o pedículo sobre a tuberosidade isquial. Note um vaso sanguíneo perfurante que foi preservado.

Figura 6.64 (continuação)

- c) O túnel é desenvolvido para a vagina.
- d) O rebordo é introduzido através do túnel.
- e) Antes de suturar o rebordo no local, tenha o cuidado de remover eventuais peles que possam estar no túnel.
- f) Suturação no local.
- g) A pele foi removida do pedículo.
- h) Reparação do local doador da zona da virilha.
- i) A vagina é tapada e a zona da virilha é coberta.



Rebordo dos pequenos lábios. A outra opção consiste no rebordo dos pequenos lábios. Muitas pacientes com fístula foram circuncidadas, impossibilitando esta opção, ao passo que noutras culturas, como no Uganda, a prática passa por alongar os pequenos lábios puxando-os. Se existirem lábios suficientes, estes podem ser incisados de uma posição anterior para posterior, deixando o pedículo posteriormente. Tenha cuidado para não efetuar o corte demasiado perto do clítoris e, assim, cortar as artérias desta área. Efetue uma incisão muito superficial através da pele existente em torno da base do pedículo. A pele é muito fina aqui, pelo que deve ter todo o cuidado. Afaste a pele para longe do pedículo para obter alguma mobilidade. Mais uma vez, tenha muito cuidado aqui, pois os tecidos são muito finos. Abra as duas pregas dos pequenos lábios para procurar o respetivo achatamento. Por vezes, é necessário efetuar uma pequena incisão através da pele na extremidade distal para poder proceder desta forma. Crie um túnel para a vagina por baixo de qualquer pele vaginal remanescente e suture o rebordo no sítio. Lembre-se de remover a pele do interior do túnel. (Figura 6.65)

Este procedimento tem a vantagem de a pele ser macia e não ser portadora de pelos. No entanto, é mais pequeno do que um rebordo de Singapura e não tem o tecido adiposo subjacente, que é útil para preencher eventuais espaços mortos da cirurgia.



Figura 6.65

Rebordo dos pequenos lábios. a) Os pequenos lábios à direita são mobilizados de uma posição anterior para uma posição posterior. Mantenha um pedículo generoso posteriormente. b) O rebordo está totalmente desenvolvido com o pedículo intacto. c) Suturação no local.

O ENXERTO DE GORDURA DE MARTIUS

Enxertar ou não enxertar?

Durante 30 anos, o enxerto de gordura de Martius (na realidade, o rebordo de pedículo) esteve na base de reparação de todas as fístulas, exceto as mais simples, no Addis Ababa Fistula Hospital. Quando foi introduzido, parecia produzir resultados significativamente mais positivos. No entanto, ao longo dos últimos 15 anos, muitos cirurgiões de fístulas experientes começaram a utilizá-la cada vez menos, até que foi praticamente abandonada, sem com isso comprometer os resultados obtidos.

A ideia do enxerto de gordura de Martius passa por levar tecido bom com o respetivo aporte de sangue para a área da reparação. O enxerto parece ser bastante vascular, uma vez que é levantado a partir da base, mas, quando é puxado para dentro da vagina, raramente existem sinais de hemorragia. No caso de um eventual enxerto de gordura antigo ser detetado numa nova reparação, isso mostra poucos sinais de vascularização e assemelha-se a um lipoma.

Os proponentes deste procedimento afirmaram que melhorava as taxas de encerramento e que preenchia o espaço morto deixado nos lados da bexiga e da uretra após a reparação da fístula. Também foi sugerido que a colocação de uma camada de gordura entre a bexiga e a vagina pode oferecer algum tipo de proteção caso a paciente seja forçada, por circunstâncias alheias à sua vontade, a ter novamente um parto vaginal.

A desvantagem de um enxerto de gordura incide sobre o tempo extra, bem como a utilização extra de suturas, e o risco ligeiramente maior de registo de um hematoma.

A maior parte dos cirurgiões utiliza enxertos de gordura apenas em situações raras. Como possíveis indicações, aconselhamos o seguinte:

- Alguns cirurgiões recorrem a este procedimento em ocasiões raras para cobrir reparações em que não existe pele vaginal (consulte a secção Tratamento de defeitos da pele vaginal – Opções 1 e 2).
- Como última tentativa para fechar um defeito que falhou várias vezes. Conhecemos vários casos fechados com sucesso à quinta tentativa ou em tentativas posteriores, onde foi utilizado um enxerto de gordura na última reparação. (Ambas as reparações tinham sido efetuadas na última ocasião por um cirurgião muito experiente, o que pode explicar o sucesso alcançado.)
- Em ocasiões raras onde não é possível obter um encerramento estanque.
- Para apoiar uma reparação ou reconstrução uretral frágil.
- Para preencher o espaço morto nos espaços laterais em torno da uretra e da bexiga após a reparação da fístula.

Como ainda pode existir margem para a utilização do enxerto de gordura de Martius em casos selecionados, iremos apresentar aqui uma descrição do procedimento. Atualmente, utilizo um enxerto em cerca de 1 em cada 50 reparações.

O procedimento do enxerto de Martius

Depois de concluída a reparação da bexiga, são colocadas cinco suturas de ancoragem:

- Duas suturas acima da fístula: uma de cada lado, alta e lateralmente, por norma são utilizadas as suturas de canto, que foram deixadas longas.
- Três suturas proximais à reparação: duas na parede lateral da vagina e uma na linha média, quer seja no colo uterino, se a dissecção se tiver estendido até ao local, quer seja no topo da parede vaginal refletida.

As suturas de ancoragem não são colocadas na bexiga. As suturas são deixadas longas e serão enfiadas em agulhas com buraco para atravessar o enxerto.

A mesa cirúrgica deixa de estar na posição de Trendelenburg para permitir a visualização confortável dos lábios. Tradicionalmente, é utilizado o lábio direito. As suturas que foram utilizadas para retrain a pele vaginal distal deste lado são cortadas.

Os grandes lábios são incisados ao longo do respetivo comprimento desde o nível da base do clítoris até ao nível da vagina anterior, expondo assim a camada de gordura por baixo. (Figura 6.66) A camada de gordura é agarrada com uma pinça de Allis e refletida lateral e medialmente para fora da pele subjacente. Esta área é vascular, em especial a extremidade medial, pelo que é necessário prestar atenção para garantir a hemostasia.

O pedículo de gordura é cortado ao nível do topo da incisão e dissecado para baixo da fáscia profunda subjacente. A dissecção continua até atingir a margem medial do ramo púbico inferior e poder formar um túnel para a vagina. O pedículo elevado é fixado inferiormente para manter o aporte de sangue.

A hemostasia é obtida. Em seguida, o enxerto é introduzido na vagina, ao criar um túnel com a tesoura de dissecação entre os lábios e o ramo púbico inferior. Pode ser necessário estender a incisão vaginal numa posição mais distal. O rebordo vaginal é levantado. Introduza a tesoura e abra um pouco as lâminas para alargar o orifício. Em seguida, remova as mesmas e introduza um dedo no túnel. O túnel deve ser suficientemente largo para acomodar o pedículo de gordura, de modo a que este não fique estrangulado.

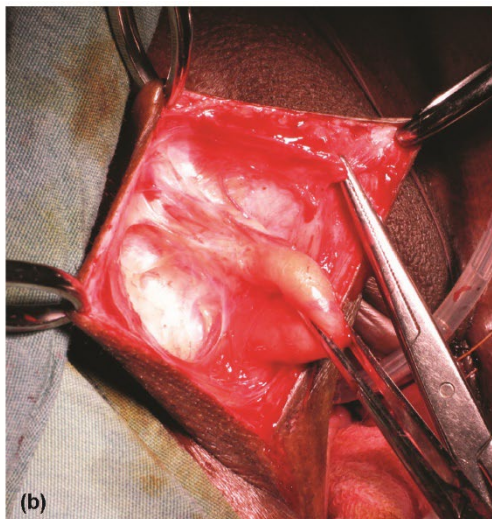
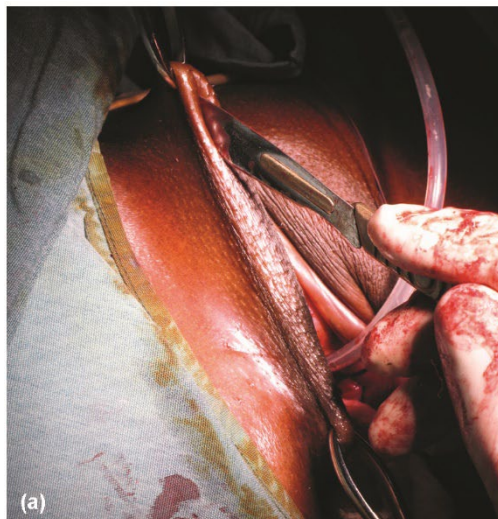


Figura 6.66

O rebordo de Martius/enxerto de Martius. a) A incisão é efetuada ao longo dos grandes lábios. b) A camada de gordura é exposta.

Continuação

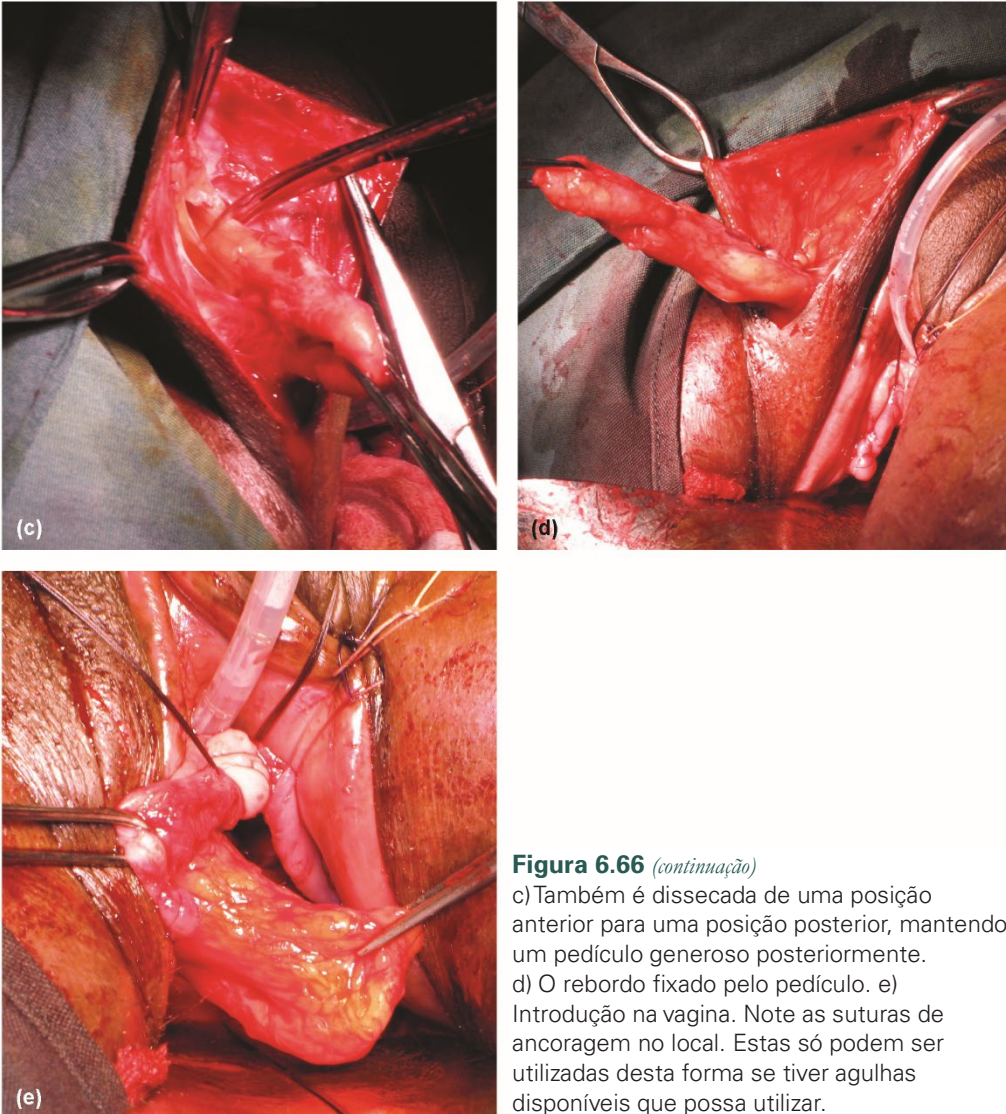


Figura 6.66 (continuação)

c) Também é dissecada de uma posição anterior para uma posição posterior, mantendo um pedículo generoso posteriormente.
 d) O rebordo fixado pelo pedículo. e) Introdução na vagina. Note as suturas de ancoragem no local. Estas só podem ser utilizadas desta forma se tiver agulhas disponíveis que possa utilizar.

O pedículo de gordura é introduzido na vagina através deste túnel com a ajuda de uma pinça de Allis e é suturado com as cinco suturas de ancoragem colocadas anteriormente. As extremidades livres das suturas são enfiadas numa agulha em branco e ambas passam pela gordura e são amarradas. O enxerto deve ser espalhado e assentar corretamente sobre toda a reparação.

O local do enxerto nos lábios deve ser reparado cuidadosamente. A zona é propensa à formação de hematomas. O encerramento é efetuado em três camadas, começando superiormente por fazer um ponto grande com uma sutura cromada 0 ou sutura Vicryl através da gordura labial previamente cortada. A sutura segue continuamente para baixo e depois novamente para cima, fechando todos os eventuais espaços mortos. A camada final é constituída por suturas de pele interrompidas.

CÁLCULOS VESICAIS

Em cerca de 2% dos novos casos, é possível encontrar exemplos de cálculos vesicais. O tratamento correto deste tipo de casos é muito importante.

Causas

Os cálculos vesicais podem ser causados por:

- material estranho empurrado pela vagina acima e, por vezes, através da fístula para a bexiga, numa tentativa de parar a perda
- cristais formados na urina concentrada e que vão crescendo ao longo do tempo
- suturas não absorvíveis utilizadas na reparação da bexiga (por exemplo, lesões ocorridas durante uma cesariana ou após uma tentativa anterior de reparação de fístulas). Por vezes, isto pode provocar a formação de cálculos na vagina. (Figura 6.67)



Figura 6.67

Trata-se de um cálculo formado na vagina em torno de uma sutura não absorvível utilizada para reparar a vagina durante a reparação de fístulas. O mesmo pode acontecer na bexiga.

Deteção

Os cálculos vesicais ocorrem quase sempre com fístulas pequenas, embora, excepcionalmente, possam ser encontrados cálculos grandes, com metade dentro e metade fora de uma fístula grande.

Os cálculos vesicais podem causar um desconforto enorme e podem, muitas vezes, levantar suspeitas no pré-operatório nos casos em que exista sensibilidade ao exame vaginal e o odor seja mais intenso do que o habitual. Uma queixa ou a observação de hematúria é outro sinal. Por norma, a urina está infetada e cheira mal.

É possível sentir um cálculo grande aquando da realização de um exame bimanual cuidadoso. Em contrapartida, todos os cálculos podem ser detetados ao sondar o interior da bexiga com uma sonda metálica. (Figura 6.68) É possível sentir a sonda bater contra o cálculo.

**Figura 6.68**

Sonda/análise da bexiga com um cateter metálico para detetar a presença de cálculos.

Os cálculos pequenos podem não ser detetados na avaliação clínica. É essencial detetar e remover todos os cálculos antes de iniciar uma reparação. Um eventual cálculo perdido significa um desastre. Já vimos pacientes regressar, em grande sofrimento, algum tempo depois de uma reparação bem-sucedida devido à existência de um cálculo grande. É provável que tenha escapado um cálculo pequeno durante a reparação. Em caso de dúvidas, pode confirmar a presença de cálculos mediante a realização de uma ecografia.

Tratamento

A reparação de uma fistula deve ser adiada até à remoção de um cálculo. Em caso de presença de um cálculo, a bexiga apresenta paredes espessas e hiperemia, sendo quase certa a existência de uma infecção urinária. Estas condições não são propícias a reparações bem-sucedidas, embora um artigo da África Ocidental tenha demonstrado que a reparação efetuada no momento da remoção do cálculo pode ser bem-sucedida. Cheguei, por vezes, a remover cálculos através da fistula e unido em simultâneo as extremidades da bexiga, tendo as pacientes ficado curadas. No entanto, é prudente jogar pelo seguro e remover primeiro o cálculo, tratar eventuais infeções e reparar a fistula mais tarde. O intervalo de tempo entre a remoção e a reparação segura pode rondar apenas as 2 semanas, mas cada caso deve ser avaliado com base nos seus méritos e nas circunstâncias locais.

Em caso de fistula, é preferível remover o cálculo por via vaginal através da fistula. (Figura 6.69) Por vezes, é necessário esmagar o cálculo através da fistula com uma pinça de Allis e Wrampleys, remover os segmentos esmagados de grandes dimensões e, em seguida, expelir o restante. Se não existir qualquer fistula, remova os cálculos através de uma abordagem extraperitoneal suprapúbica. (Figura 6.70)

A infeção é habitual, pelo que é essencial administrar antibióticos no pré-operatório e no peri-operatório. Ampicilina intravenosa (1 g) e gentamicina (160 mg) para a operação, seguida de gentamicina (80 mg), de 12 em 12 horas, durante 48 horas, juntamente com a ampicilina. Excecionalmente, ocorreu uma septicemia após a extração dos cálculos.

A entrada suprapúbica pode ser efetuada através de uma incisão baixa na linha média ou de uma pequena incisão de Pfannenstiel com um corte suficientemente grande na bexiga para extrair o cálculo com uma pinça de esponja. É preferível tentar não entrar na cavidade peritoneal para

reduzir a hipótese de contaminação de um cálculo infetado e urina na cavidade peritoneal. Felizmente, a maior parte dos cálculos surgem de forma isolada e são firmes, não se desfazendo com a extração.

Se o cálculo se desfizer em fragmentos, é essencial que os mesmos sejam totalmente lavados e removidos. Qualquer resíduo pequeno irá dar origem a outro cálculo. Após a remoção do cálculo, irrigue abundantemente a bexiga e a ferida para eliminar potenciais fontes de infeção.

A bexiga pode ser fechada e drenada através de um cateter uretral durante 10 dias.



Figura 6.69

Este cálculo estava na bexiga e a sobressair através da fístula para a vagina. Note a constrição central no cálculo que indica as margens da fístula. A fístula foi fechada com sucesso duas semanas mais tarde.

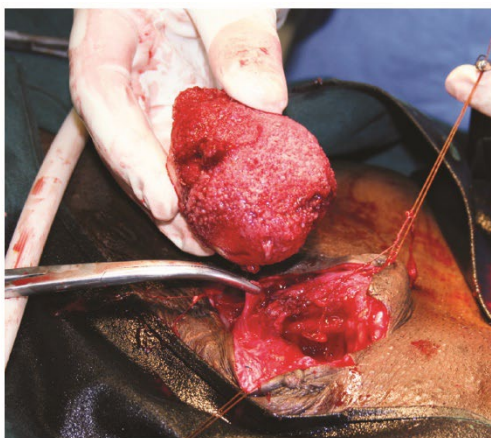


Figura 6.70

Um cálculo maior numa paciente com uma fístula fechada. Foi removido por uma incisão suprapúbica.

FALHA DE REPARAÇÃO E REOPERAÇÃO

Todos os cirurgiões que operam regularmente pacientes com fístulas obstétricas terão casos de insucesso, em que a reparação falha. Quando tal acontece, é muito desencorajador para o cirurgião e, mais importante ainda, extremamente dececionante para a paciente que tem esperanças de ser curada.

As causas são múltiplas. Pode acontecer que a operação não tenha sido bem efetuada e tenha havido demasiada tensão na linha de sutura, os tecidos da paciente podiam ser frágeis, ou a paciente podia ter diabetes não diagnosticada, que provoca uma má cicatrização dos tecidos. Recentemente, diagnostiquei a esquistossomose em pacientes que tinham sido sujeitas a reparações inesperadamente falhadas. Depois de tratar a esquistossomose e aguardar alguns meses, voltei a operar as pacientes e ficaram curadas. Podem ter ocorrido dificuldades no período pós-operatório com um hematoma infetado, uma infeção de ferida ou um cateter bloqueado. A fístula que corre maior risco de rutura é a reparação circunferencial maior, mais cicatrizada e com pouco tecido vaginal remanescente.

As ruturas podem ocorrer de forma precoce, nos primeiros dias após a operação, mas a maioria ocorre entre o 7.º e o 9.º dia após a operação. É prática geral deixar a bexiga em drenagem livre, por forma a relaxar e permitir que as extremidades da rutura se oponham e, com sorte, cicatrizem. Se a fistula se romper, costumo deixar o cateter durante mais uma semana. Se as perdas registadas através da vagina diminuírem, deixo o cateter até que a paciente fique completamente seca na vagina e adiciono outra semana de cateterização a partir do dia em que a paciente fica seca. Se, ao fim de uma semana a dez dias, for óbvio que as perdas não estão a diminuir, removo o cateter e classifico o caso como uma deiscência.

Alguns cirurgiões operam numa fase mais precoce do que numa fase mais tardia, mas, para obter os melhores resultados, é preferível esperar 3 meses para os tecidos recuperarem por completo e voltar a operar.

Segundo a minha experiência pessoal, posso constatar que cerca de 50-60% das pacientes que costumo consultar pela primeira vez já tiveram uma reparação anterior noutro local, por vezes já foram submetidas a oito ou nove tentativas de reparação. Isto deve-se principalmente ao facto de as pessoas guardarem estes casos para mim quando dou as consultas. Muitos destes casos continuam a ser bastante fáceis de curar, uma vez que se tratava inicialmente de casos simples abordados de forma inexperiente, mas alguns são extremamente complexos e apresentam um prognóstico muito negativo. É claro que também tenho de operar os meus próprios fracassos. O princípio básico indica que a primeira operação tem melhores hipóteses de a paciente ficar curada e, quanto mais vezes ela for operada, menos hipóteses tem de ficar curada.

Por vezes, a paciente fica molhada logo quando sai do bloco operatório. Isto é mais comum nos casos em que existe um cateter de Foley e cateteres ureterais na uretra. Isto faz com que a uretra fique ligeiramente aberta e a urina possa vaziar à volta dos cateteres através da uretra. Esta ocorrência obriga a tranquilizar a paciente. Por norma, a situação fica resolvida quando os cateteres ureterais são removidos. No entanto, existem causas mais graves que devem ser excluídas.

O cateter pode estar bloqueado, o que faz com que a bexiga encha e a urina saia em torno do cateter. É necessário tentar retirar a urina com uma seringa no cateter de Foley ou lavá-lo suavemente. Também deve ser efetuado um teste de coloração suave e cuidadoso, que apresente boas condições de exposição e iluminação. De preferência, o teste deve ser efetuado no bloco operatório. A explicação mais provável consiste na presença de uma fistula ureteral não detetada ou outra fistula vesicovaginal. Se for confirmada a existência de uma fistula ureteral, é possível realizar um implante ureteral de forma eletiva numa data posterior. Prefiro fazê-lo depois de a fistula ter cicatrizado, para não correr o risco de puxar e empurrar a reparação ao reimplantar o uréter a partir de cima. Se estiver a operar num centro de tratamento de fistulas e a paciente não puder ser reoperada durante algum tempo, eu procederia desta forma no período pós-operatório imediato. No entanto, se o teste de coloração for positivo e a reparação for considerada sólida, é tentador tratar outra vez a paciente para tentar parar a perda com suturas adicionais.

Desde que a reoperação seja efetuada no prazo de 48 horas, a bexiga aguenta bem as suturas adicionais. Nas ocasiões em que esta abordagem foi testada, a perda foi estancada na operação de repetição. Fiz isto cerca de 20 vezes com uma taxa de sucesso de 70% no momento da alta. Após 48 horas, os tecidos ficam edematosos e é pouco provável que as novas suturas sejam

bem-sucedidas, uma vez que se rasgam através dos tecidos. A maioria das deiscências ocorre entre o 7.º e o 9.º dia. O seu tratamento conservador imediato é descrito acima.

Se tiver tentado todos os passos descritos e a paciente for diagnosticada com uma reparação falhada, aguarde 3 meses para tentar novamente ou reencaminhe o caso para um cirurgião mais experiente, se possível.

Os princípios de uma nova reparação não são diferentes dos princípios de um novo caso. No entanto, haverá menos tecido saudável disponível, a cicatriz será maior e a anatomia estará distorcida, pelo que será mais difícil mobilizar e obter um encerramento sem tensão de tecido saudável. É evidente que a paciente tem de ser cuidadosamente avaliada antes da operação, tendo em conta a presença de um dos fatores de risco, e o cirurgião tem de decidir se está confiante o suficiente para operar. Aconselhamos a esperar, pelo menos, 3 meses antes de tentar uma nova reparação.

Algumas ruturas estarão situadas no meio da reparação antiga, pelo que serão facilmente acessíveis, mas a maioria é pequena e inacessível e situa-se nas margens laterais da reparação ou nos cantos de uma anastomose circunferencial (Figura 6.71), estando a fístula presa diretamente no osso. Estas ruturas são difíceis de reparar. Existem várias dicas de reparação disponíveis. Primeiro, a exposição deve ser ótima, com episiotomias se necessário. Os pequenos defeitos de canto que se encontram no alto do fórnice vaginal anterior podem ser, muitas vezes, abordados de forma direta, mas o acesso será melhor se mobilizar a bexiga para fora do colo uterino e avançar para cima a parede lateral da bexiga até ao defeito, reparando efetivamente o músculo da bexiga na parede pélvica lateral. É necessário proceder a uma colocação muito precisa das suturas, uma vez que é fácil deixar uma fenda por baixo do local onde a bexiga foi reparada na parede lateral, de modo a que a urina possa continuar a sair da fístula e a passar por aqui. A tesoura Thorek é extremamente útil na elevação da pele vaginal para fora do defeito. É impossível detetar o orifício ureteral através de pequenos orifícios, pelo que simplesmente fechamos o defeito com duas ou três suturas, de forma direta, se possível, ou na parede lateral. Uma vez que, muitas vezes, a margem lateral está próxima do osso, é importante dar pontos fortes e depois inserir todas as suturas antes de as amarrar. Neste caso, é muito útil utilizar uma pequena agulha em J ou uma agulha de 5/8 de círculo. Sempre que possível, introduza um pequeno rebordo de tecido fibromuscular da parte de baixo do arco púbico como reforço e coloque uma parte de tecido mais saudável para enxertar sobre a reparação.

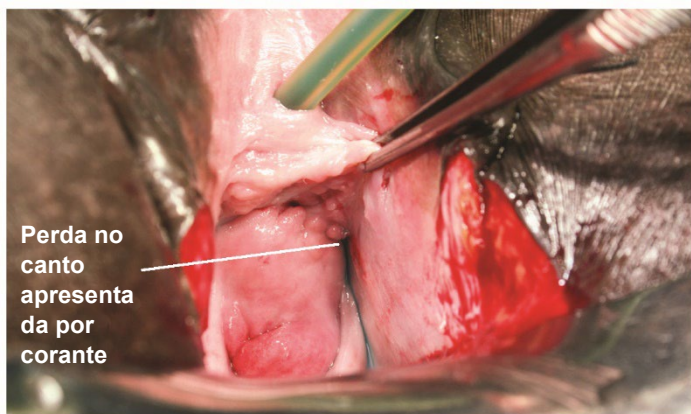


Figura 6.71

O teste de coloração revelou uma pequena fístula no canto da vagina, mesmo contra o osso. A primeira operação visava tratar uma fístula circunferencial e rompeu-se na anastomose lateral. Note uma parede vaginal anterior relativamente curta, o colo uterino foi puxado em direção ao local da reparação.

Ocasionalmente, poderá ver duas fístulas laterais, uma de cada lado, firmemente coladas ao osso. Isto acontece sempre após uma reparação circunferencial. Após a reflexão total da vagina, costumo ligar as duas fístulas e, invariavelmente, constato que não foi efetuada a reparação anterior de um caso circunferencial, pelo que fecho o defeito como se este fosse um caso circunferencial formal. Os resultados obtidos são positivos.

No caso de defeitos ligeiramente maiores resultantes de uma rutura, por vezes costumo ampliá-los para ver o interior da bexiga e verificar os ureteres. Mais frequentemente, limito-me a verificar se o orifício ureteral não se encontra na margem do defeito através de uma sonda, sempre com a ajuda de 10 mg de furosemida administrada por via intravenosa. Nos casos em que esta abordagem minimalista foi utilizada, não temos conhecimento de problemas com ureteres ligados, mas devemos prestar sempre atenção, uma vez que o uréter pode estar em qualquer local após a reparação de uma fístula anterior.

As fístulas residuais existentes na parte superior da região do colo uterino após reparação intracervical falhada constituem um desafio especial que depende, em grande medida, de quanto o colo uterino pode ser puxado para baixo. Brian Hancock teve duas pacientes, ambas com dois casos de insucesso por via vaginal. Ambas foram facilmente curadas durante a terceira operação através de uma abordagem abdominal transvesical.

As Figuras 6.72-6.74 mostram alguns exemplos de novas reparações.

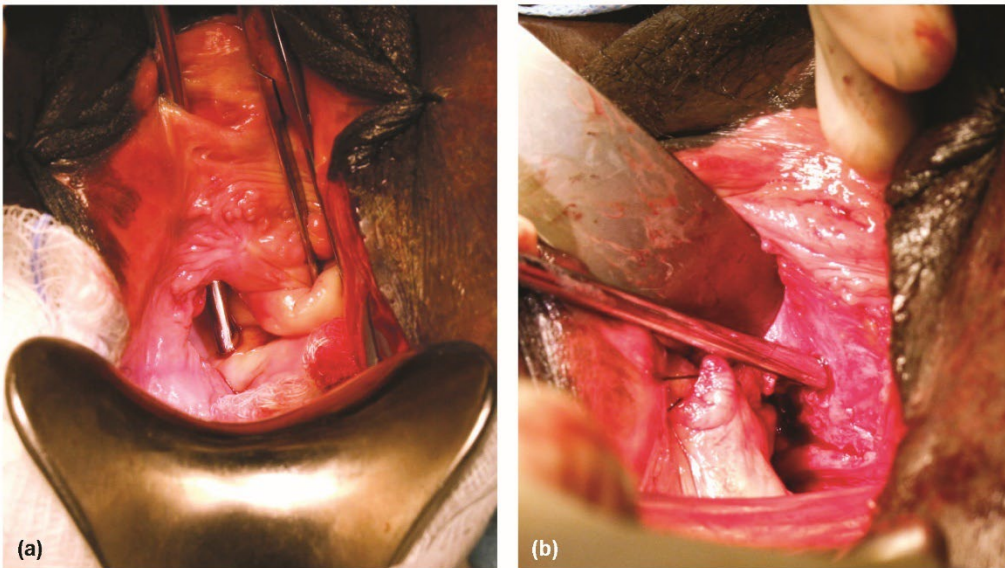


Figura 6.72

a) Uma pequena fístula recorrente noutro local comum, na parte superior da vagina, desta vez no lado direito. O acesso a estes locais pode ser difícil e a realização de uma episiotomia pode ajudar.
b) A fístula foi mobilizada e libertada da pélvis lateral, pelo que agora a reparação é um procedimento simples. Tenha cuidado com o uréter. Costumo administrar sempre uma dose de Lasix para ver se está perto da margem ou fora da bexiga.

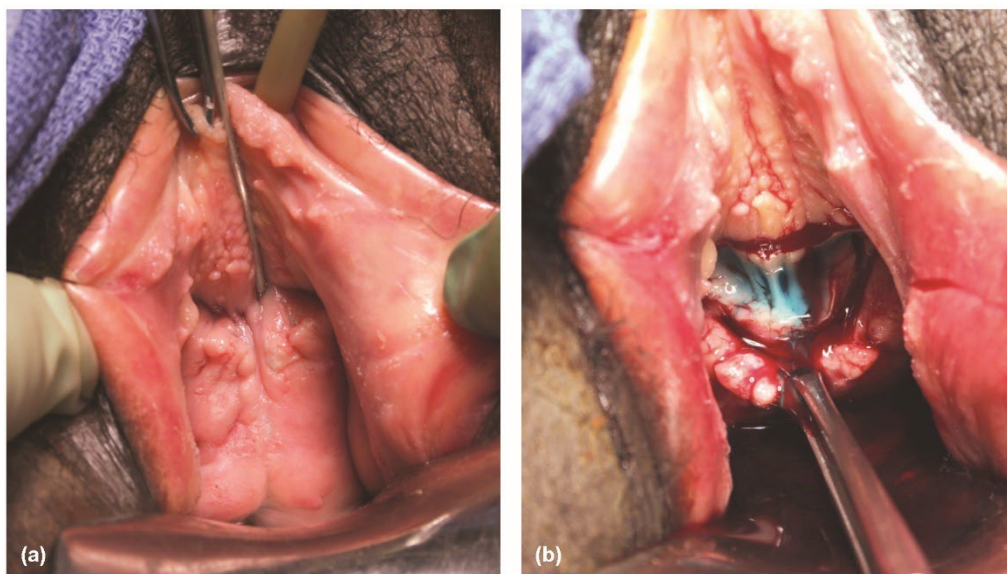


Figura 6.73

a) Aparentemente, tratava-se de uma fístula do canto pequena, mais ou menos ao nível do colo da bexiga. b) No entanto, no teste de coloração, foram detetadas várias fístulas pequenas. Toda a área foi removida para voltar a ter tecido saudável, com a reparação a ser efetuada sem tensão. No final, a paciente ficou curada.

Quantas vezes é viável procurar efetuar uma reparação?

A probabilidade de uma reparação bem-sucedida diminui a cada tentativa, mas, desde que exista tecido razoável e bexiga e uretra suficientes para funcionar, vale a pena continuar. Já vi uma reparação ser bem-sucedida e a paciente ficar curada após 12 tentativas conduzidas por vários cirurgiões. No entanto, pelo grau das cicatrizes, pelo tamanho da bexiga e pela uretra deficiente de muitas pacientes, será infelizmente óbvio que não é adequado realizar várias tentativas. Deixo de tentar a reparação quando a bexiga é demasiado pequena para ser continente, embora deva admitir que já tive algumas pacientes com bexigas minúsculas que imploraram por outra tentativa e que acabaram por ficar curadas e secas. Urinavam pouco e com frequência e eram felizes.

O estado de VIH afeta o sucesso?

Esta é uma questão importante que continua sem resposta. É evidente que não seria sensato operar alguém que esteja doente com SIDA, mas, por vezes, perguntamo-nos se uma determinada rutura inesperada poderá dever-se a um estado imunitário fragilizado. Brian Hancock teve quatro pacientes que apresentaram repetidas ruturas inexplicáveis após a realização de reparações relativamente simples. Duas dessas pacientes testaram positivo para o VIH e duas testaram negativo. Tive alguns casos simples de fístulas retovaginais que se romperam inesperadamente e que testei depois para o VIH. Todos deram positivo e tinham uma contagem de CD4 baixa. Atualmente, recomenda-se que o VIH seja testado antes de cada reparação (dependendo da política governamental do seu país). Teste a contagem de CD4 se o resultado for positivo e opere quando a contagem for superior a 300. Ocasionalmente, já operei casos que apresentavam uma contagem de CD4 baixa, em que a probabilidade de rutura é maior; mais ainda nos casos mais difíceis e nos casos retais. A contagem de CD4 mais baixa que operei foi de 70. A paciente ficou curada, mas tratava-se de uma fístula da bexiga pequena, situada na linha média, sem cicatrizes.

Outras infeções?

Ocasionalmente, vejo casos de tuberculose da bexiga causar fístulas. As pacientes costumam apresentar um historial de início espontâneo de perdas contínuas de urina, não precedidas de um trabalho de parto prolongado. Durante o exame, não é detetado qualquer tipo de cancro na origem da fístula e os tecidos são flexíveis. Uma biopsia revela os granulomas da tuberculose da bexiga. Por vezes, é possível detetar ruturas em vários locais, tratando-se normalmente de ruturas agrupadas em buracos de alfinete que transmitem o aspeto de regador do antigo local de reparação. Trata-se quase sempre de uma rutura resultante de uma infeção como a tuberculose.

Mais recentemente, tenho estado a rastrear a esquistossomose nas pacientes. Detetei várias pacientes com ruturas inexplicáveis, ou seja, pacientes com pequenas fístulas na linha média, tecidos aparentemente bons, VIH negativo, mas que continuavam a romper. O teste foi positivo para a esquistossomose e, após tratamento, ficaram curadas na operação seguinte!

Resultados de uma nova reparação

Após a repetição das operações, os resultados diminuem. Numa série não publicada da Etiópia que conduzi no início dos anos 2000, registei uma taxa de encerramento de 75%, com uma taxa de incontinência persistente de 52% na segunda operação. Se esta operação falhasse, a taxa de encerramento baixava para 50% e a taxa de incontinência persistente registava 75% na terceira operação. No entanto, com os novos princípios cirúrgicos e a utilização de rebordos e slings, a taxa de sucesso aumentou.

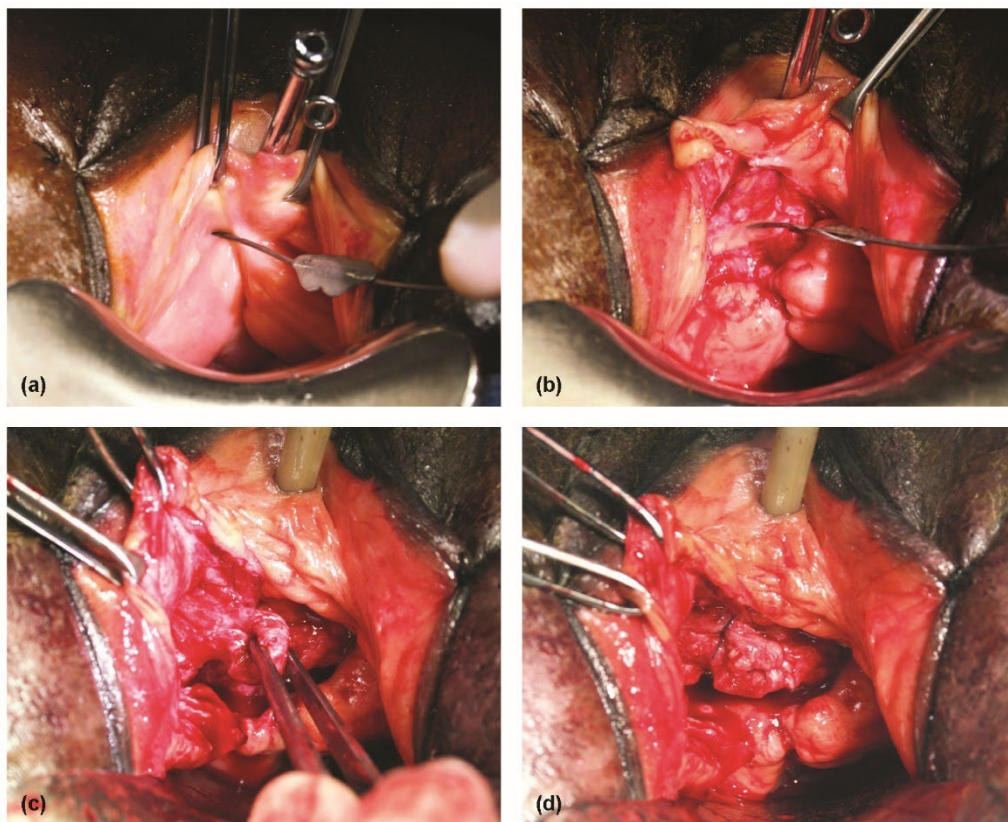


Figura 6.74

a) Outra fístula do canto pequena no colo da bexiga, situada contra o osso. b) Nesta fase, está mobilizada e libertada da sua fixação aos ossos pélvicos. As margens foram ligeiramente limpas e reparadas. c) Foi colocado um sling fibromuscular sobre a reparação para atuar como enxerto e ajudar a prevenir a incontinência pós-reparação. d) Sling fibromuscular no lugar.

FÍSTULAS URETERAIS

As fistulas ureterais são cada vez mais comuns. Na série de Brian Hancock do Uganda, cerca de 5% das pacientes com fístula tinham uma fístula ureteral. A correspondência mantida com o Addis Ababa Fistula Hospital indica que estes casos são cada vez mais recorrentes. De acordo com a minha experiência em toda a África Oriental, estou certamente a deparar-me com mais casos à medida que os anos vão passando.

As fistulas ureterais seguem-se quase sempre a uma cesariana. Felizmente, hoje em dia, há mais mulheres a receber ajuda médica durante o trabalho de parto do que, por exemplo, há 20 anos. No entanto, infelizmente os médicos ou os funcionários dos serviços de saúde que fazem cesarianas não receberam formação adequada e muitas destas lesões ureterais poderiam ter sido evitadas. Muitas pessoas que fazem uma cesariana não refletem a bexiga ou refletem-na de forma inadequada antes de incisar o segmento inferior. Quando reparam o segmento inferior, incorporam a bexiga e/ou o uréter na linha de sutura, o que resulta numa fistula vesicocervical e/ou fistula ureterovaginal. Por vezes, esta situação é difícil de evitar no caso de uma cesariana difícil após um trabalho de parto obstruído e prolongado, da disponibilização de instrumentos de má qualidade, da ausência de assistente, da ausência de iluminação e da extensão da incisão do segmento inferior lateralmente aos vasos sanguíneos e ao uréter.

No entanto, é possível reduzir o risco refletindo a bexiga antes de incisar o segmento inferior. Este procedimento demora apenas alguns segundos.

Outros casos de fistula ureteral ocorrem após uma histerectomia de emergência por rutura do útero. Tendo em conta as condições difíceis e a inexperiência de muitos médicos chamados a tratar ruturas do útero em zonas rurais, estas lesões são compreensíveis. Qualquer vazamento de urina para a pélvis logo encontrará o seu caminho entre a cúpula vaginal suturada e o remanescente cervical.

Uma fistula ureteral pode também ser causada por uma histerectomia eletiva, normalmente no caso de miomas de grandes dimensões, em que a anatomia normal é distorcida e os ureteres são empurrados para todo o tipo de posições inesperadas. Uma histerectomia resultante de um cancro do colo do útero de grandes dimensões pode causar problemas semelhantes, podendo nesses casos ocorrer uma fistula ureteral.

A quarta causa de fistula ureteral é a lesão não reconhecida de um uréter aquando da reparação de uma fistula vesicovaginal. Neste caso, poderá ser possível cateterizar posteriormente o uréter a partir da vagina e implantá-lo na bexiga por via transvaginal. Se não for possível cateterizar o uréter por via vaginal, será necessário reimplantá-lo por via abdominal, uma vez que o uréter irá desenvolver uma estenose que é necessário aliviar.

Se a paciente tiver vários filhos vivos e tiver uma operação abdominal planeada, deve ser discutida a opção de laqueação das trompas. É fácil efetuar esta operação ao mesmo tempo que a implantação ureteral é efetuada.

O diagnóstico das fistulas ureterais é discutido no final do Capítulo 2. Uma ecografia que mostre um uréter distendido de um lado é uma confirmação útil. No entanto, é essencial confirmar novamente na mesa cirúrgica que o teste de coloração é realmente negativo e que aparece urina clara na vagina após a administração de furosemida. Nas lesões parciais, a perda pode ser muito pequena. No caso de existir corante na vagina, significa que existe uma fistula na bexiga; se a urina na vagina for clara, a fistula é no uréter.

O uréter afetado deve ser devidamente identificado na parede pélvica lateral e rastreado até ao ponto de origem da lesão. Quatro em cada cinco vezes, o uréter afetado encontra-se dilatado e espesso, podendo normalmente ser sentido no local da lesão. Se o uréter estiver a drenar muito livremente para a vagina, não estará dilatado, mas isto é mais raro acontecer. Por norma, existe algum tipo de cicatriz que provoca uma estenose que, por sua vez, conduz a hidronefrose. O método mais fiável para confirmar o local da lesão consiste em abrir a bexiga e observar os orifícios ureterais no seu interior. Deve ser administrada uma dose de 10 mg de furosemida por via intravenosa e o lado não funcional deve ser identificado. Em termos excecionais, uma lesão ureteral parcial (por exemplo, após uma reparação anterior) pode continuar a produzir urina na bexiga e perdas de um trato para a vagina, mas as perdas não serão tão significativas como no lado não lesado.

Se o diagnóstico e o lado em que se encontra a fistula ureteral forem dados adquiridos, alguns cirurgiões preferem adotar uma abordagem extraperitoneal, mas eu prefiro efetuar uma incisão na linha média. Por norma, a via abdominal é bastante simples e os resultados são uniformemente bem-sucedidos.

Por vezes, tenho dificuldade em implantar o uréter na bexiga sem tensão. Isto deve-se ao facto de o uréter estar rígido e cicatrizado devido à hidronefrose de longa data e a bexiga poder ser pequena e estar presa devido a aderências. Por duas vezes, tive de recorrer a um amigo urologista para fazer um novo uréter a partir do intestino delgado para permitir o alcance do mesmo. Em duas outras ocasiões, criámos um túnel do uréter para o outro lado e implantámos a respetiva extremidade no lado do uréter contralateral (anastomose término-lateral). Para reimplantá-lo na bexiga sem tensão, pode seguir os seguintes princípios:

1. Mobilize completamente o lado contralateral da bexiga e apoie a anastomose com um ponto de psoas-hitch.
2. Faça um tubo a partir da cúpula da bexiga (rebordo do tipo Boari) ou incise a bexiga transversalmente, mas repare-a longitudinalmente.

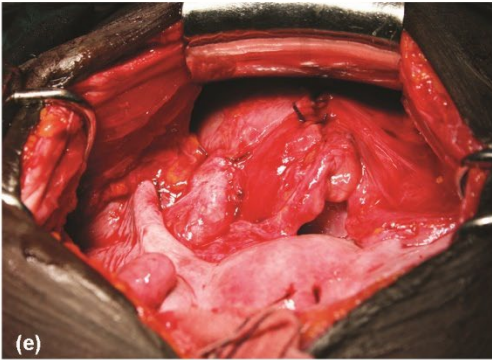
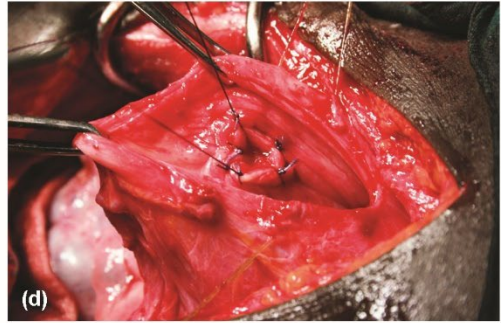
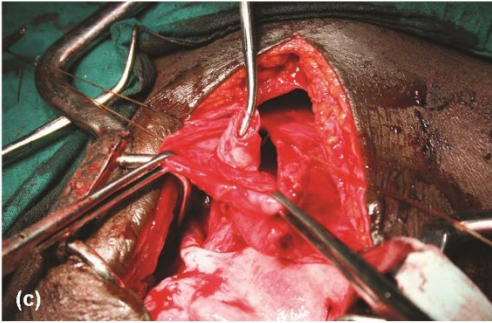
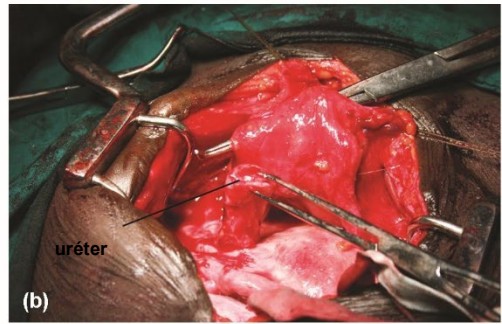
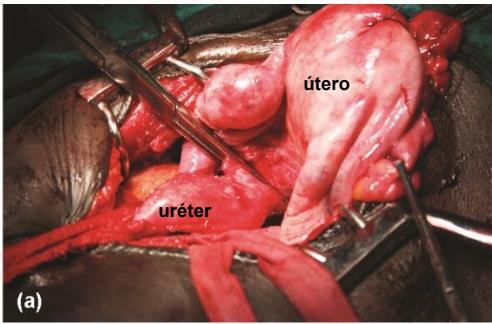


Figura 6.75

a) Um uréter muito dilatado. O uréter foi fixado da forma mais próxima e segura possível do colo uterino. b) O uréter foi cortado, com a nota passada através do ligamento largo para chegar à bexiga. A bexiga foi aberta, tendo a pinça perfurado um orifício na bexiga num local apropriado para implantar o uréter. c) O uréter foi introduzido na bexiga. d) O uréter é suturado na bexiga. Este está dilatado, mas, se não estiver, pode ser espatulado (efetue uma pequena incisão longitudinal) para tornar a anastomose mais larga e reduzir a possibilidade de estenose. e) A bexiga está fechada.

Os passos da operação são apresentados na Figura 6.75. Costumo colocar sempre um stent no uréter implantado com um cateter ureteral, mas alguns urologistas não o fazem, em especial se o uréter estiver dilatado e implantado sem tensão. A extremidade distal do cateter ureteral pode ser retirada juntamente com um cateter uretral ou através de uma incisão separada efetuada na parede anterior da bexiga. Se for utilizado, o cateter ureteral pode ser removido nos dias 7-10 e o cateter urinário pode ser removido nos dias 10-12.

Documentação adicional

Browning A. Prevention of residual urinary incontinence following successful repair of obstetric vesico vaginal fistula using a fibro-muscular sling. *Br J Obstet Gynaecol* 2004; **111**: 357–61.

Browning A. Risk factors for developing residual urinary incontinence after obstetric fistula repair. *Br J Obstet Gynaecol* 2006; **113**: 482–5.

Browning A. The circumferential obstetric fistula: characteristics, management and outcomes. *Br J Obstet Gynaecol* 2007; **114**: 1172–6.

Elkins TE, Ghosh TS, Tagoe GA, Stocker R. Transvaginal mobilization and utilization of the anterior bladder wall to repair vesicovaginal fistulae involving the urethra. *Obstet Gynecol* 1992; **79**: 455–60.

7 FÍSTULAS RETOVAGINAIS

Uma fístula retovaginal (FRV) ocorre apenas em episódios de obstrução mais prolongados e, por isso, costuma estar associada a fístulas vesicovaginais (FVV) graves, que têm maior probabilidade de serem circunferenciais e apresentarem mais cicatrizes. É mais provável que a paciente tenha o pé caído ou apresente outras lesões neurológicas. Os casos isolados de FRV resultantes de partos obstruídos são extremamente raros, cerca de quatro em cada mil casos de fístulas obstétricas. É mais provável que os casos isolados de FRV sejam causados por violência sexual em contexto de guerra, casamentos e violações de menores de idade ou lacerações perineais de quarto grau que foram reparadas incorretamente ou que se romperam.

As lacerações do esfíncter anal (lacerações perineais que se estendem através do esfíncter e da mucosa anal – lacerações perineais de grau 4) ocorrem normalmente de forma isolada e não estão relacionadas com trabalhos de parto obstruídos, pelo que não devem ser classificadas como FRV. Por vezes, ocorrem em associação com uma FVV, mas, na maioria das vezes, ocorrem após um parto precipitado e não obstruído. Lembre-se de que o canal anal tem cerca de 5 cm de comprimento, pelo que a laceração tem de ser bastante extensa antes de entrar no reto. As lacerações são tratadas no capítulo seguinte.

Incidência

A incidência exata de FRV é difícil de determinar, porque alguns cirurgiões classificam as lesões do esfíncter como FRV, quando, na verdade, o termo deve ser reservado para uma comunicação retovaginal que cause uma fístula, e não uma laceração. No entanto, algumas lesões retais envolvem, em certa medida, o reto inferior e o complexo esfíncteriano. Além disso, se os cirurgiões tiverem sido seletivos a evitar as FVV mais difíceis, os casos excluídos terão uma maior incidência de FRV, pelo que a verdadeira incidência será subestimada.

A incidência mais elevada foi registada no Addis Ababa Fistula Hospital, onde 15% das pacientes com FVV operadas tinham também uma FRV. Isto foi em 1993, tendo o panorama alterado desde então. Na Etiópia, foi registada uma incidência invulgar de FRV traumáticas isoladas em noivas menores de idade. Em Bahr Dar, no norte da Etiópia, a incidência de fístulas combinadas é de 8,4%. No que diz respeito ao Uganda, o valor é mais baixo, situando-se nos 3,3%. A diferença entre a Etiópia e o Uganda pode ser explicada, em parte, pela incidência muito menor de cesarianas nas pacientes com fístula da Etiópia (15% vs. 65% no final da década de 1990).

As pacientes que acabam por dar à luz por via vaginal sofrem mais isquemia do que as pacientes cuja obstrução é aliviada por cesariana. A duração média do trabalho de parto das mulheres que sofrem uma FRV com uma FVV é de um dia inteiro a mais do que as mulheres que apenas sofrem uma FVV. Assim sendo, a incidência de FRV nas mulheres que deram à luz por cesariana é semelhante na Etiópia e no Uganda, com cerca de 2%, ao passo que, nas mulheres com lesão de fístula que deram à luz por via vaginal, a percentagem de FRV é mais elevada, com 5,2% no Uganda e 9,3% na Etiópia ($p = 0,001$).

Classificação

Uma classificação objetiva das FRV baseia-se na distância entre o local do hímen e a margem distal da fístula, tal como descrito por Judith Goh (consulte o Capítulo 1 - Classificação das fístulas obstétricas). É feita uma estimativa do tamanho e da quantidade de cicatriz que envolve o defeito. Embora as FRV de tipo 1 pareçam ser mais fáceis de reparar, estas são frequentemente as mais difíceis, uma vez que se situam na parte superior da vagina e, muitas vezes, estão presas no promontório sacral. Apresentam frequentemente uma estenose apertada, o que dificulta a mobilização e aumenta o risco de hemorragia, ao passo que as fístulas situadas numa posição baixa são muito mais acessíveis. A única preocupação com as fístulas baixas é a permeabilidade do esfíncter anal e a necessidade de o reparar também.

Avaliação

É importante reconhecer que as cicatrizes irão distorcer a anatomia do reto. Uma avaliação cuidadosa por exame retal é tão importante como uma avaliação vaginal, prestando atenção ao local, ao tamanho e ao grau das cicatrizes. É comum que uma fístula sentida a meio da vagina pareça mais alta do que o esperado no exame retal. Em caso de dificuldade, será útil passar uma sonda através da abertura vaginal para sentir onde entra no reto. O que parece ser um pequeno orifício no exame digital pode, durante a operação, revelar que envolve quase metade da circunferência do reto. O lúmen do reto ao nível da fístula deve ser cuidadosamente avaliado. Poderá existir um estreitamento, muitas vezes localizado na margem proximal da fístula (Figura 7.1), o que irá influenciar o método de encerramento, de modo a não ocluir o lúmen. Em casos excecionais, o reto está completamente bloqueado na parte distal da fístula. (Figura 7.2)

O estado do esfíncter anal deve ser registado. O tónus em repouso, a pressão de compressão e a qualidade do sling puborretal devem ser devidamente avaliados.

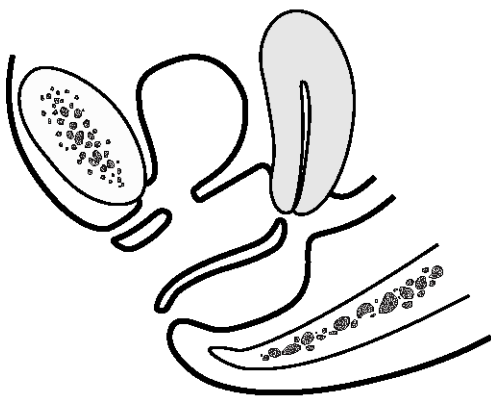


Figura 7.1

Uma FRV alta com uma faixa de tecido cicatricial no reto posterior, a criar uma estenose no lúmen.

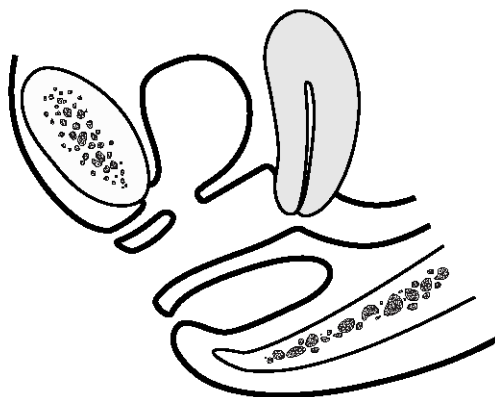


Figura 7.2

São raros os casos em que o intestino distal a uma fístula cicatrizada pode ser completamente fechado.

Todas as FRV devem ser fechadas?

Não é necessário fechar todas as FRV. Os sintomas da FRV variam desde a incontinência fecal e de flatos completa até à ausência de sintomas. Muitas vezes, é surpreendente o facto de algumas pacientes com FRV de tamanho moderado referirem perdas muito pequenas, a não ser que tenham diarreia. Algumas pacientes com fístulas minúsculas podem negar quaisquer sintomas. Não vale a pena iniciar uma reparação potencialmente difícil se a paciente não tiver sintomas. Estas FRV “assintomáticas” estão normalmente apertadas numa faixa de cicatriz na parte posterior da vagina. Quando a cicatriz é libertada para permitir o acesso à reparação de uma FVV, a FRV pode abrir-se, deixando a paciente incontinente a não ser que repare a situação. Se tal não acontecer e isso não for uma preocupação para a paciente, não avance com a reparação, correndo o risco de piorar a situação.

Apesar de todos os cuidados, é possível detetar de repente uma FRV pequena durante a reparação de uma fístula da bexiga, pelo aparecimento de bolhas do reto para a vagina, ou de flatos que borbulham através da urina acumulada na vagina. Se a FRV for facilmente acessível, pode ser reparada após a FVV. Já, por algumas vezes, me escapou uma FRV alta durante a reparação de uma FVV, tendo os sintomas surgido apenas após a libertação da cicatriz no intra-operatório. A paciente ficou incontinente após a operação. Em ambos os casos, a FVV cicatrizou bem e eu reparei a FRV numa data posterior.

A descoberta de uma FRV de maiores dimensões durante a operação é um erro de avaliação pré-operatória embaraçoso. O seu tratamento depende da localização e da dimensão da fístula, bem como da experiência do operador. Como a FRV não foi detetada, o intestino não foi preparado corretamente antes da operação, pelo que a contaminação fecal do local da operação é elevada. Nesses casos, é necessário interromper a operação e fazer um enema antes de prosseguir.

Que fístulas retais requerem uma colostomia?

As colostomias são utilizadas com demasiada frequência nas FRV. A decisão de uma colostomia deve ser tomada apenas pelo cirurgião que irá efetuar a reparação. As colostomias raramente são necessárias. Costumo deparar-me frequentemente com pacientes que foram submetidas a uma colostomia nos hospitais periféricos devido a FRV muito pequenas ou mesmo lacerações perineais. De facto, tal não era necessário e apenas obriga as pacientes a operações desnecessárias e a uma potencial morbilidade. Viver com uma colostomia é provavelmente tão penoso para a paciente como viver com a fístula retal, sem qualquer benefício final. Todos nós já vimos demasiadas colostomias mal feitas que prolapsaram, aumentando ainda mais o sofrimento da paciente.

Desde que o cirurgião acredite que a fístula pode ser fechada, de forma segura, com margens móveis saudáveis, de preferência em duas camadas, não é necessário avançar para uma colostomia.

Os cirurgiões experientes reconhecem que algumas FRV altas, grandes e rodeadas de cicatrizes serão muito difíceis de fechar em segurança e sentem-se mais satisfeitos se for efetuada uma colostomia. As colostomias não aumentam as hipóteses de cicatrização, apenas reduzem as

complicações pós-operatórias de sépsis ou peritonite em caso de rutura significativa. Nos últimos 10 a 12 anos, só efetuei duas colostomias em pacientes com FRV. Ambas deveram-se a lesões muito altas, presas no promontório sacral e com estenoses apertadas.

Uma estratégia que Brian Hancock descobriu que funcionava para a fístula alta e difícil passa por fazer o máximo de mobilização possível transvaginalmente e depois abrir o abdómen e concluir a reparação a partir de cima. Em seguida, é muito mais fácil efetuar um encerramento preciso de duas camadas, para o qual já não é necessário efetuar uma colostomia. Costumo fazer estas reparações a partir de baixo e prefiro fazer uma colostomia para evitar o derrame de fezes na cavidade peritoneal durante a operação. Como a lesão está situada numa posição muito alta, o peritónio é rotineiramente introduzido e, em caso de perda na linha de sutura, a matéria fecal entraria diretamente na cavidade peritoneal.

Nas raras ocasiões em que a possibilidade de colostomia é considerada, esta deve ser realizada cerca de 2 semanas antes do encerramento planeado. No entanto, em casos excecionais, pode ser realizada no momento da reparação se ocorrerem dificuldades inesperadas (consulte o Capítulo 13 – Um reto danificado).

Por vezes, uma paciente é observada logo após o trauma do nascimento e o exame revela um defeito retal e uma FVV em necrose de grandes dimensões. Muitas vezes, estas pacientes não conseguem andar devido à existência de lesões nos nervos. Nestes casos, é controverso se a realização da colostomia é aconselhável. Tradicionalmente, é feita uma colostomia na esperança de facilitar os cuidados com a paciente. No entanto, como é comum não existirem sacos de colostomia disponíveis, isso não fará qualquer diferença. Quando chega a altura de efetuar a reparação, a fístula retal pode ser muito mais pequena, verificando-se assim que a colostomia não era necessária. Muitas colostomias efetuadas nestas circunstâncias, nas zonas rurais, podem nunca ser fechadas e, como muitas vezes não há sacos de colostomia disponíveis, isso deixa a mulher ainda mais infeliz. Por muito desagradável que seja a perda de fezes pela vagina, a perda de fezes pelo abdómen sem sacos de colostomia adequados não é muito melhor. A paciente só precisa de se limpar regularmente e fechar a FRV o quanto antes.

Realização de uma colostomia

Se for necessário realizar uma colostomia, a preferência é que seja efetuada no cólon sigmoide. Faça uma pequena incisão oblíqua à esquerda do umbigo numa linha concebida entre a crista ilíaca ântero-superior e o umbigo. Efetue a incisão nessa linha mesmo na margem lateral da bainha retal e do músculo reto. Este procedimento minimiza o risco de prolapso da colostomia. Nos casos que temos visto, as principais razões para o prolapso são a utilização do cólon transversal ou o facto de o estoma ter sido realizado através de um orifício lateral demasiado grande no músculo reto.

Para minimizar o risco de prolapso, recomendamos a adoção dos seguintes passos:

1. Utilize o cólon sigmoide.
2. Escolha o cólon sigmoide proximal onde não seja demasiado móvel.
3. Faça sair uma alça através de um pequeno defeito que atravessa o músculo reto lateral. O defeito na pele e na bainha retal (as fibras do reto estão divididas) deve ser suficiente para admitir confortavelmente a introdução de dois polegares.

4. A alça intestinal deve ser fixada na respetiva posição através de uma incisão longitudinal de cerca de 5 cm através da teania coli, evertendo para si a extremidade do intestino e fixando-a à pele.

Uma colostomia com prolapso maciço é um desastre. (Figura 7.3)

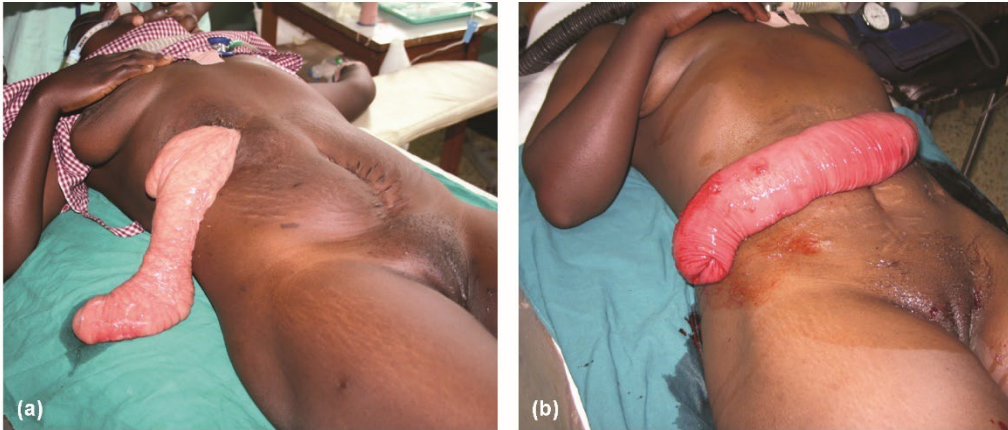


Figura 7.3

a) e b). Dois exemplos de colostomias com prolapso maciço que causam muito sofrimento às pacientes.

Estratégia de reparação de uma fístula dupla

Na maioria das vezes, a FRV e a FVV devem ser reparadas em simultâneo no bloco operatório. Não importa realmente o que é reparado em primeiro lugar, a FVV ou a FRV. A maioria dos cirurgiões começa pela FVV e repara depois a FRV. Se reparar primeiro a FRV, provavelmente irá a retirar a FRV com um espéculo de Auvards ou um espéculo de Sims enquanto repara a FVV, o que pode danificá-la.

A maioria das fístulas duplas apresentam cicatrizes significativas e estenose vaginal, o que exige a realização de incisões de relaxamento e/ou episiotomias para permitir o acesso à reparação. Nos casos duplos mais graves, é frequente existir uma deficiência da pele vaginal que dificulta a cobertura da vagina, quer anteriormente, quer posteriormente, ou ambas. Quando os casos são assim tão graves, tenho estado a inclinar-me para uma operação faseada, avançando primeiro com a FRV e uma reconstrução vaginal posterior e, algumas semanas ou meses mais tarde, avançando depois com a FVV. Tenho tido mais sucesso desta forma do que recorrendo a demasiados rebordos para fechar a bexiga, o intestino, a vagina anterior e a vagina posterior de uma só vez. A existência de muitos rebordos pode sobrecarregar o aporte de sangue e, talvez, levar à necrose das margens distais dos rebordos. Isto conduz, naturalmente, a uma falha da reparação, pelo que prefiro jogar pelo seguro e fazê-lo por duas fases. Se a operação for efetuada em duas fases, começo sempre pela FRV para deixar a paciente continente de fezes e, assim, manter a matéria fecal potencialmente infecciosa afastada da FVV em cicatrização.

Preparação pré-operatória

É desejável que tanto o reto como o cólon esquerdo estejam vazios. Em termos práticos, costume permitir a ingestão de líquidos apenas no dia anterior à operação e administrar um enema de manhã e à noite no dia anterior. Um purgante oral, como o picossulfato de sódio (picolax) ou o manitol, é muito útil, mas nem sempre está disponível, pelo que é muitas vezes administrado um simples enema retal de água e sabão. Antes da administração da anestesia, é necessário verificar se o reto está vazio. Se não estiver, a operação deve ser adiada ou deverá ser pedido à paciente para esvaziar os intestinos ou fazer um enema no bloco operatório. Não é invulgar detetar derrames fecais quando a operação tem início. Em caso de contaminação fecal, pare sempre e faça um bom enema na mesa cirúrgica, esterilize-se novamente e prossiga a operação. É uma boa ideia continuar a administrar antibióticos durante 24–48 horas, para além das doses intraoperatórias.

Técnica

Relativamente à reparação da FVV, o primeiro passo essencial é ter uma boa exposição. (Figura 7.4)

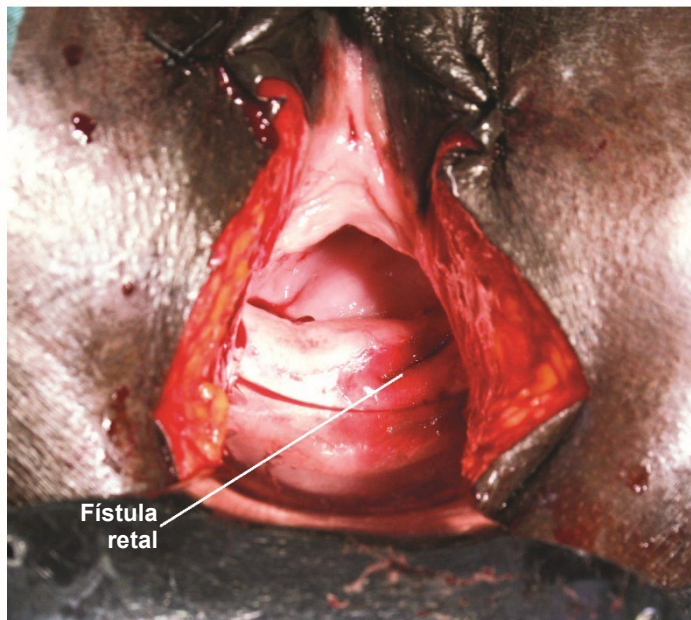


Figura 7.4

Foi necessário realizar uma episiotomia bilateral para ter acesso. A vagina estava quase completamente ocluída pela cicatriz, o que dificultava bastante o acesso. As episiotomias permitem ver claramente a FRV.

A Figura 7.5 ilustra a reparação de uma FRV simples e baixa. Esta situação foi causada por um trauma ocorrido durante o casamento de uma paciente menor de idade.

Se disponível, é útil proceder à aspiração, uma vez que o sangue (e a urina) se acumula no campo cirúrgico. Este procedimento também ajuda a reduzir a inclinação de Trendelenburg para a FRV, para que a vagina posterior fique visível.

Depois de obtida uma exposição adequada, é efetuada uma incisão à volta da fístula e lateralmente a partir de cada ângulo, semelhante às incisões efetuadas para uma FVV. Tal como acontece numa FVV, a mobilidade é obtida a partir da dissecção proximal, e não distal.

Nem todas as FRV são tão simples como o exemplo apresentado na Figura 7.5. A maioria está envolvida por uma cicatriz espessa. As margens laterais são as mais difíceis de mobilizar, uma vez que estão frequentemente ligadas por cicatrizes. (Figura 7.6) Um corte generoso através da cicatriz lateral à fístula e visando uma posição posterior pode conduzir ao espaço pararretal imediatamente lateral à fístula. É necessário efetuar um corte vigoroso com uma tesoura forte para libertar a cicatriz. Ajuda inserir várias vezes um dedo no lúmen do reto através do ânus para orientar a dissecção e garantir que não está a entrar no reto. É frequente existir uma cicatriz espessa à volta da fístula. Remova a cicatriz para libertar o músculo retal e anal mole e a mucosa por baixo do mesmo. Depois de a cicatriz ser removida, a mobilidade é maior.

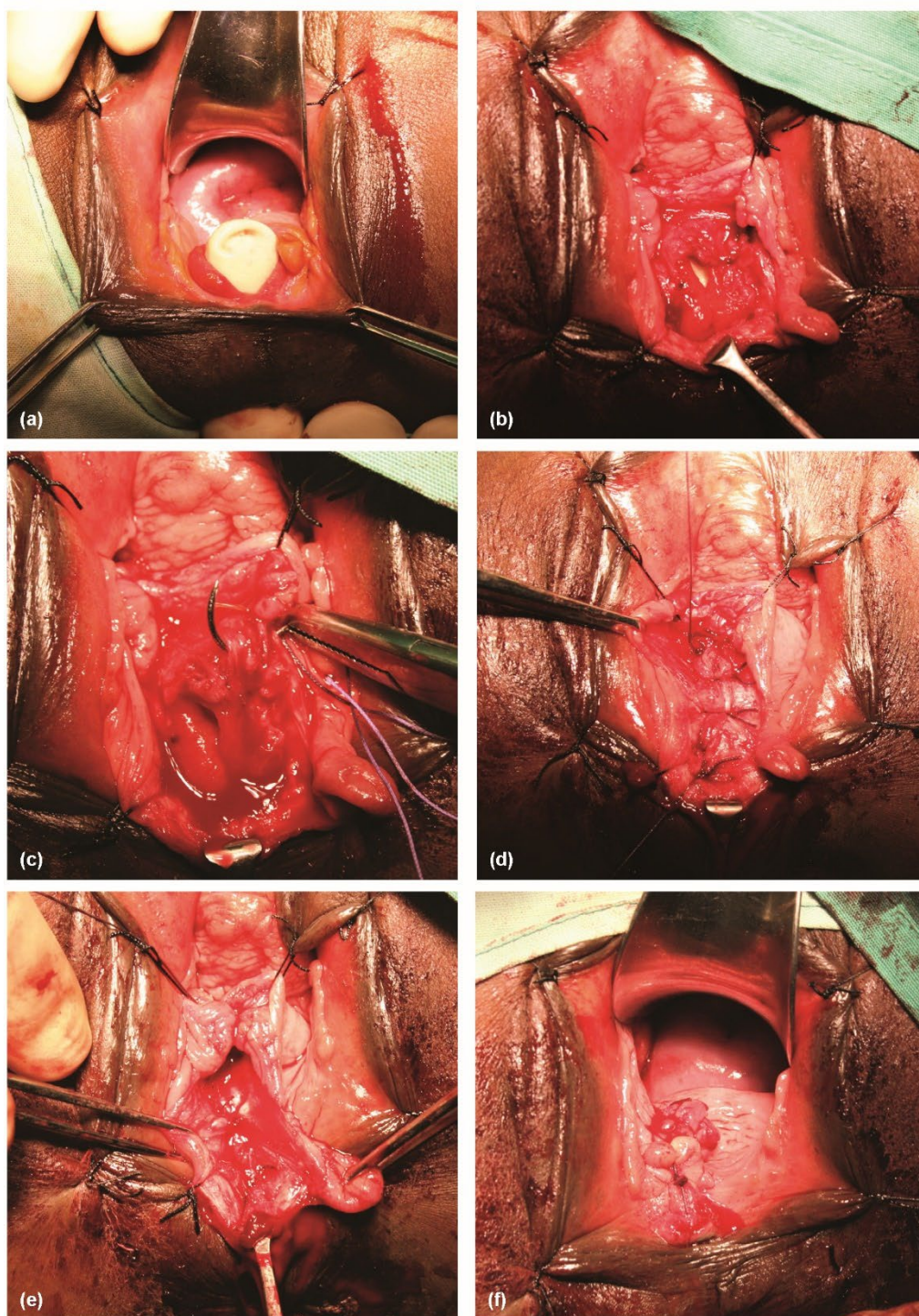


Figura 7.5

a) FRV baixa logo acima do esfíncter. b) A FRV foi mobilizada. c) Reparação com suturas interrompidas, com pontos a apanhar a espessura total da musculatura, excluindo a mucosa. d) A primeira camada está concluída. e) A segunda camada. f) A vagina está reparada.

**Figura 7.6**

Note as episiotomias bilaterais realizadas para ter acesso (e note a ausência de uretra). A FRV é vista esticada para cada um dos lados da pélvis, onde adere numa cicatriz densa. A mesma deve ser libertada de forma adequada e a cicatriz espessa deve ser removida para reparar o tecido saudável em duas camadas.

Como a parede vaginal posterior é encurtada, o fundo de Douglas é muitas vezes aberto durante a dissecação superior. Isto é uma vantagem, uma vez que o reto vai ficando mais móvel e acessível. A existência de uma hemorragia significativa durante a dissecação retal indica que a parede retal foi penetrada. Se o peritónio for penetrado, tendo a fechá-lo logo que obtenha mobilidade suficiente. A paciente encontra-se, muitas vezes, numa ligeira inclinação de Trendelenburg, pelo que o sangue e a urina que drenam para a vagina passam depois para a cavidade peritoneal, onde podem causar um íleo prolongado após a operação. Pior ainda é em caso de derrame fecal para a cavidade peritoneal.

Em geral, é adequado fechar o defeito retal numa posição transversal e, provavelmente, será melhor tentar fechar em duas camadas. Não é fácil colocar suturas precisas numa FRV difícil, pelo que a segunda camada confere uma segurança adicional (as agulhas de 5/8 redondas são as melhores). Em caso de colostomia, basta ter uma boa camada única.

Após a conclusão da reparação, é essencial verificar se o lúmen é adequado através da palpação por via retal. Como o reto é um órgão espaçoso, é aceitável ter um certo grau de estreitamento, desde que permita a introdução de dois dedos. Em casos excepcionais, o reto está tão estenosado na avaliação inicial que requer uma ressecção completa e uma anastomose término-terminal. (Figura 7.2) Alguns cirurgiões desenvolveram a competência de realizar esta ressecção inteiramente por via transvaginal. Este procedimento é muito exigente e poucos conseguem fazê-lo com confiança.

Alguns cirurgiões considerariam uma via puramente abdominal. Para um cirurgião colorretal experiente que trabalhe em condições ideais, não é difícil realizar uma ressecção e uma anastomose término-terminal. No entanto, nos blocos operatórios comuns das zonas rurais, que apresentam uma iluminação e instrumentos de qualidade inferior, a situação é completamente diferente. É importante ter em conta que o habitual plano fascial sem sangue que é utilizado para dissecar o reto e o mesorreto da pélvis será obliterado pela cicatriz no local da fistula. Existe o risco real de abrir o reto onde este adere densamente ao sacro ou entrar nas veias pré-sacrais durante a dissecação. (O tratamento de emergência da hemorragia pré-sacral consiste em utilizar um alfinete esterilizado. Este é empurrado através do ponto da hemorragia para dentro do sacro, e não causa danos. Se o procedimento falhar, é necessário aplicar compressão e sair.)

Há ocasiões em que a via vaginal e abdominal combinada é muito útil. Apesar da mobilização persistente a partir de baixo, por vezes não é possível fechar em segurança um defeito situado numa posição muito alta no reto. Após a abertura do abdómen, muitas vezes, é fácil concluir a reparação a partir de cima, uma vez que a maior parte da mobilização já foi efetuada. (Figura 7.7)

Por norma, as fístulas retovaginais estão envolvidas em mais cicatrizes vaginais e, após a libertação das mesmas e, por vezes, a excisão do tecido cicatricial, pode restar muito pouco tecido vaginal para reconstruir a parede vaginal posterior. Nesses casos, podem ser utilizados rebordos, como o rebordo glúteo rotacional e o rebordo de Singapura. Se não for bem coberto, o tecido cicatricial contrai-se novamente, estenosando a vagina e causando dispareunia ou, até mesmo, apareunia.

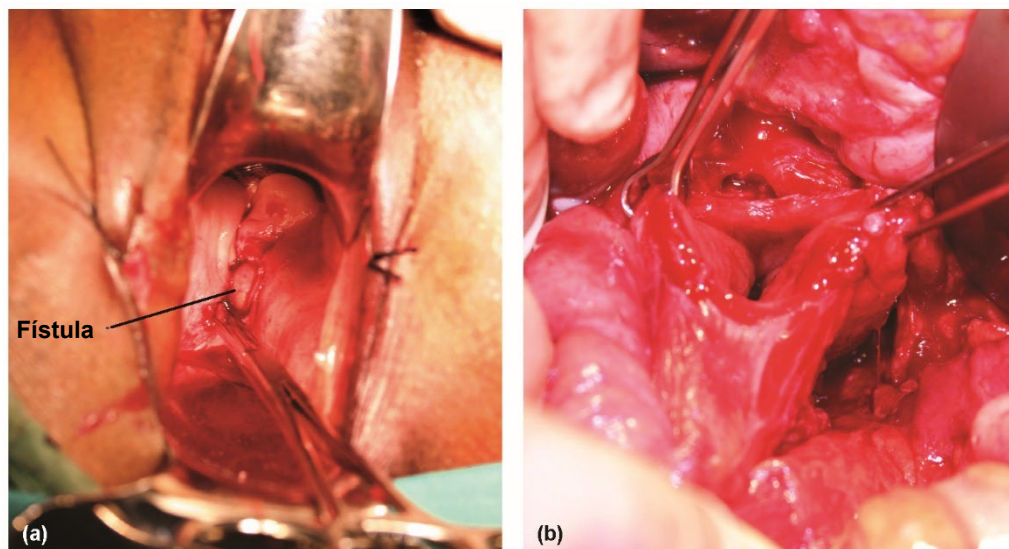


Figura 7.7

a) Uma FRV alta. A extremidade distal podia ser mobilizada por via vaginal, mas a extremidade proximal era difícil de alcançar. b) Foi facilmente exposta por via abdominal. Isto foi mais fácil, porque a margem distal já tinha sido mobilizada por via vaginal.

Resultados das reparações retais

A experiência da maioria dos cirurgiões mostra que os resultados da reparação são positivos, embora não se saiba quantos casos são recusados devido a lesões graves. Numa série de mais de 100 pacientes com FRV (registada em mais de 1000 pacientes consecutivas com fístula obstétrica), foi obtida uma taxa de 98% de sucesso no encerramento e continência na primeira operação.

A taxa de sucesso da reparação da bexiga coexistente com a FRV é muito pior. Menos de 50% têm alta com secura resultante da FVV associada, uma vez que uma FRV está normalmente associada a uma FVV cicatrizada e circunferencial envolvendo a uretra, cujo prognóstico não é favorável. Os casos de fístula junto ao colo do útero associada a uma FRV são raros.

Por fim, é necessário enfatizar que a cirurgia para casos de FRV alta é exigente e não deve ser efetuada de ânimo leve por cirurgiões inexperientes. Apenas as fístulas baixas são relativamente fáceis de tratar.

Documentação adicional

Browning A, Whiteside S. Characteristics, management, and outcomes of repair of rectovaginal fistula among 1100 consecutive cases of female genital tract fistula in Ethiopia. *Int J Gynaecol Obstet* out. de 2015;**131**(1):70–3.

Goh J, Krause H. *Female Genital Tract Fistula*. Brisbane: University of Queensland Press, 2004.

Kelly J, Kwast BE. Epidemiological study of vesico-vaginal fistula in Ethiopia. *Int Urogynaecol J* 1993; **4**: 278–1.

Muleta M, Williams G. Post coital injuries treated at the Addis Ababa Fistula hospital 1991–1997. *Lancet* 1999; **354**: 2051–2.

8 REPARAÇÃO DE LESÕES DO ESFÍNCTER ANAL

Reparação imediata

As lacerações do esfíncter anal observadas nas 24 horas após o parto devem ser reparadas de imediato. Não se trata de uma operação menor. A futura continência da paciente depende da qualidade da reparação.

Ao efetuar a reparação, é importante ter em conta que os esfíncteres anais rasgados retraem para a posição das 3 e 9 horas no relógio.

A reparação deve ser efetuada num bloco operatório com condições de iluminação, instrumentos e assistência de boa qualidade. É possível efetuar a reparação sob anestesia local, mas é preferível que a paciente seja submetida a uma anestesia espinal ou uma anestesia geral. A paciente deve ser levada para o bloco operatório com o reto vazio.

A mucosa anorretal é fechada primeiro. Em seguida, são identificadas as extremidades rasgadas do esfíncter externo (não é possível identificar o esfíncter interno como uma camada separada). Estas extremidades têm de ser suturadas com precisão, com pontos bastante grandes, utilizando uma sutura de absorção lenta (de preferência PDS 2-0. Se a PDS não estiver disponível, deve utilizar uma sutura Vicryl pesada ou Dexon). São necessárias duas a três suturas. O corpo perineal é então reparado, seguindo-se a vagina e a pele perineal.

Reparação secundária

Se não for possível efetuar a reparação de imediato, é melhor esperar várias semanas, mas a maioria das pacientes apresenta-se alguns anos após a lesão. Por vezes, as pacientes com lacerações completas antigas afirmam não ter sintomas, pelo que, antes de recomendar a reparação, é importante ter a certeza de que a paciente tem mesmo perdas fecais incómodas. Quando são tratadas nas melhores mãos, mais de 90% das reparações restabelecem por completo a continência. De momento, encontra-se a decorrer um estudo de acompanhamento de um ano, com os resultados provisórios a indicarem uma taxa de continência completa de 95%.

Como as extremidades rasgadas do esfíncter ter-se-ão retraído à volta de metade da circunferência anal, é pouco provável que a simples correção e sutura das margens da laceração produza um bom resultado. O procedimento correto é ilustrado na Figura 8.1.

Em primeiro lugar, identifique a localização mais provável das extremidades do esfíncter anal. Isto não é difícil, uma vez que as extremidades rasgadas do esfíncter puxam a pele sobreposta e criam uma covinha. Existem também dobras na pele, que irradiam a partir do ânus, onde o esfíncter anal subjacente se contrai. O local onde estas linhas terminam é o local onde as extremidades rasgadas do esfíncter se encontram.

É útil utilizar uma quantidade generosa de “sumo da selva” (uma mistura diluída de lidocaína com adrenalina) para ajudar ao nível da dissecação e da hemorragia. Trata-se de uma área vascular e a adrenalina contida no “sumo da selva” ajuda certamente a manter a hemostasia, bem como a encontrar os planos de tecidos através da hidrodissecação.

Coloque a pinça de Allis na extremidade vaginal, próximo do local onde se situará o freio posterior, normalmente logo acima do nível do esfíncter rasgado. Puxe a pinça de Allis em conjunto para garantir que o períneo e o freio têm um aspeto normal a esse nível. Um erro comum passa por tornar o períneo demasiado comprido, o que causa dor e dispareunia. Efetue a incisão ao longo da junção da mucosa anal e/ou retal e, em seguida, ao longo da junção da pele perineal e da mucosa anal até ao nível onde se encontram as extremidades do esfíncter anal.

Mobilize a vagina para fora do ânus, liberte o corpo perineal da pele e liberte ligeiramente a mucosa anal. Em seguida, afaste a pele sobre o esfíncter anal e agarre o esfíncter anal com uma pinça de Allis. Certifique-se de que o esfíncter anal tem uma boa mobilidade, mas lembre-se de que o nervo que alimenta o esfíncter anal está situado às 5 e 7 horas no relógio; pelo que não deve efetuar a mobilização para além destas posições.

Assim que ambas as extremidades do esfíncter tenham mobilidade, tem tudo pronto para suturar. É útil manter uma pinça de Allis em cada extremidade do esfíncter rasgado e mantê-la fora do caminho, recorrendo para isso a uma pinça para artérias para fixar a pinça de Allis aos campos lateralmente. Isto irá garantir que não perde o esfíncter enquanto repara o ânus/reto.

Em primeiro lugar, repare o ânus com uma sutura Vicryl 2-0 em duas camadas interrompidas, com pontos bem efetuados na musculatura. O esfíncter pode ser reparado de ponta a ponta ou através de uma reparação sobreposta. Algumas pessoas também mobilizam os esfíncteres interno e externo separadamente e reparam os mesmos de forma isolada. Por vezes, é possível definir bem os esfíncteres interno e externo, uma vez que o esfíncter interno é mais branco, por ser composto de músculo liso, e o esfíncter externo é mais vermelho, composto de músculo estriado. No meu caso, limito-me a reparar o esfíncter de ponta a ponta com uma sutura PDS 2-0 de dissolução lenta e obtenho resultados positivos na consulta de acompanhamento de um ano. Outros profissionais defendem que a técnica de sobreposição é superior. No caso das pacientes com lesões crónicas, esta questão ainda não está resolvida.

Em seguida, reconstruo o corpo perineal com a PDS restante e, por fim, reparo a vagina e a pele perineal. Costumo utilizar uma sutura de bloqueio contínua para a vagina, uma vez que a sutura de bloqueio ajuda a manter o comprimento da vagina, e utilizo suturas interrompidas para o períneo. Em ocasiões raras, poderá ocorrer uma infeção no local da ferida. Em caso de suturas interrompidas, é fácil remover uma sutura e deixar o pus drenar. No entanto, se for utilizada uma sutura subcuticular contínua, não é possível proceder desta forma.

Insira cuidadosamente um tampão no local e deixe um cateter de Foley colocado. O tampão e o cateter podem ser removidos no dia seguinte. Assim que recuperarem a mobilidade, peço às pacientes para efetuarem lavagens suaves duas vezes por dia e se secarem com palmadinhas, apenas para manterem a ferida limpa.

Por norma, a paciente é mantida apenas com líquidos no primeiro dia de pós-operatório, seguindo-se uma dieta ligeira no segundo dia. No terceiro dia, pode seguir uma dieta completa, tomando também um laxante ligeiro. Dou-lhes alta quando se alimentarem devidamente, obrarem de forma normal e se sentirem confortáveis.

Problemas contínuos

Algumas pacientes voltam a procurar-nos, continuando a queixar-se de incontinência depois de serem submetidas a uma reparação de laceração perineal. Quando as examinamos, verificamos que o períneo está intacto, mas, se olharmos com atenção, vemos que a pele sobre o ânus anterior é lisa e não tem as linhas radiantes que indicam a contração do esfíncter por baixo. Significa que o esfíncter voltou a romper-se ou não foi devidamente identificado e reparado durante a primeira operação.

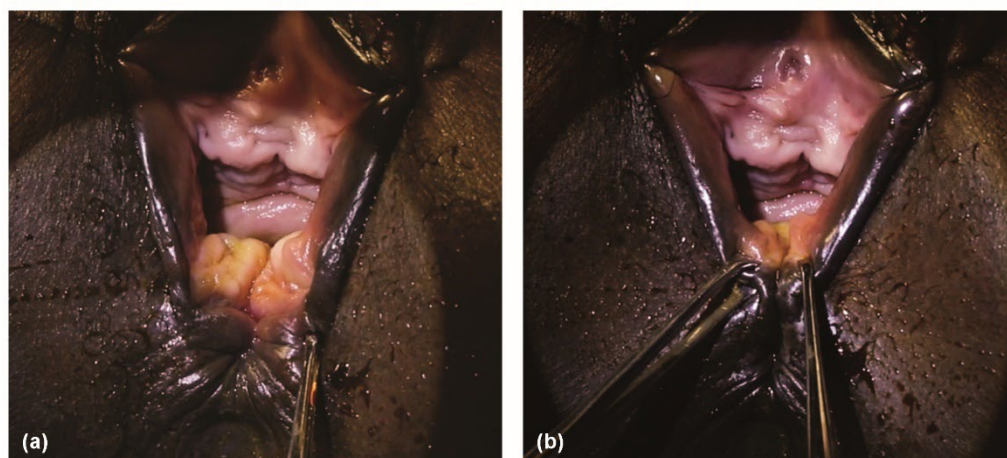


Figura 8.1

a) Uma laceração perineal de quarto grau. A pinça de Allis mostra a localização da extremidade do esfíncter rasgado à esquerda.

b) Segure o local onde as duas extremidades do esfíncter se encontram e faça com que se encontrem na linha média. O períneo e o freio posterior parecem normais.

Continuação

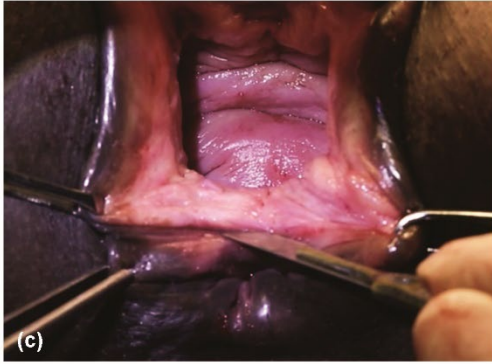
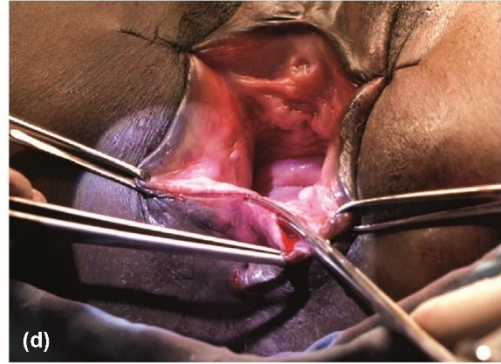
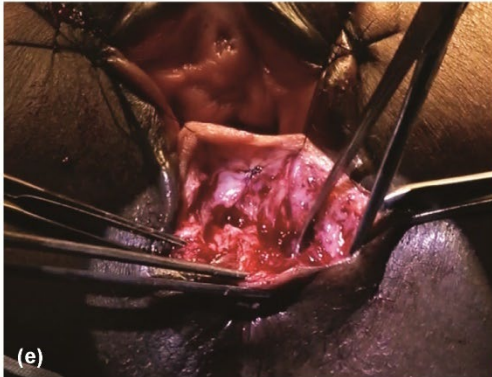


Figura 8.1 (continuação)

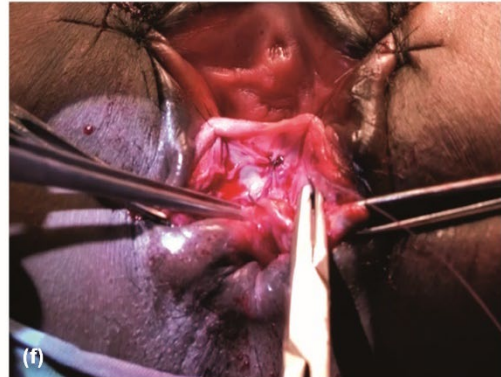
c) Incisão ao longo da junção da mucosa vaginal e anal até ao local das extremidades rasgadas do esfíncter.



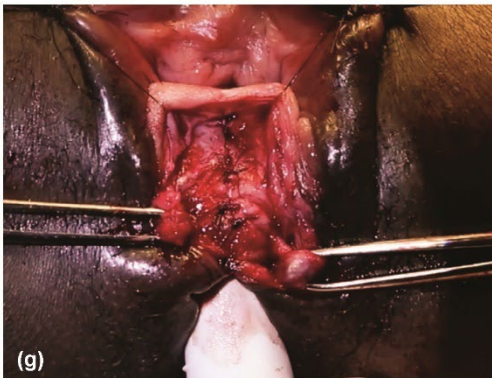
d) Mobilize.



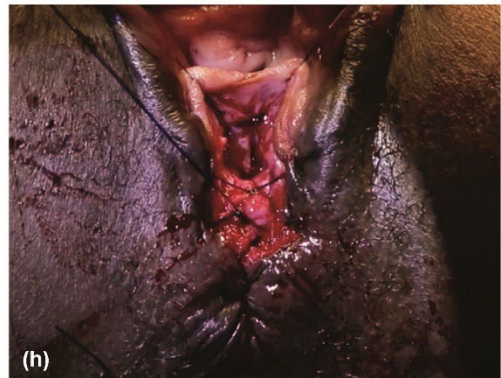
e) Agarre a extremidade do esfíncter rasgado. Esta está localizada mesmo ao lado da mucosa anal distal. Mobilize as duas extremidades, a esquerda e a direita.



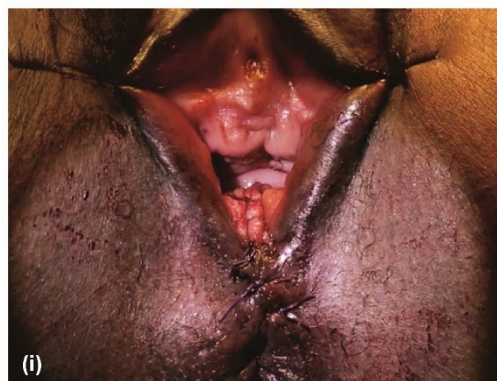
f) Repare a mucosa anal com suturas interrompidas, desde o ápice até à extremidade anal.



g) O ânus é reparado em duas camadas.



h) O esfíncter anal é reparado com PDS 2-0.



i) A vagina e o períneo estão fechados.

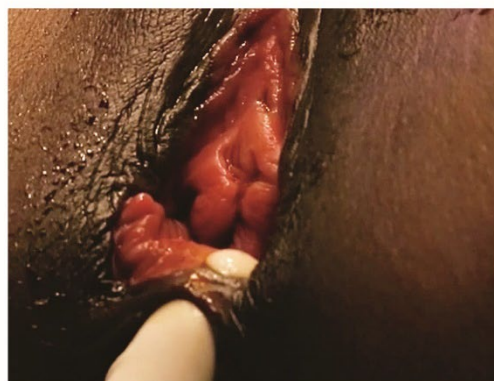


Figura 8.2 (acima)

Inicialmente, a paciente apresentava uma laceração de quarto grau que foi reparada no momento do parto, sendo que apenas a pele perineal foi suturada. O esfíncter permaneceu rasgado, o ápice da laceração não foi reparado e a paciente apresentava uma pequena ponte cutânea sobre o períneo.

É necessário realizar uma pequena operação para mobilizar novamente o esfíncter, de preferência com uma sutura PDS 2-0 de absorção lenta. Para o efeito, infiltre o períneo e a zona circundante do ânus com uma solução salina ou “sumo da selva”, efetue uma incisão na linha média ao longo do períneo e afaste a pele lateralmente do corpo perineal e em sentido descendente sobre o esfíncter anal. Agarre o tecido muscular lateralmente ao canal anal de cada lado e repare-o. Por vezes, após a mobilização, verifica-se a existência de um defeito na extremidade anal, diretamente na mucosa. Repare o defeito antes de reparar o esfíncter. Depois de reparar o esfíncter, reconstrua primeiro o corpo perineal por cima e depois a pele. O tratamento pós-operatório deve ser idêntico ao tratamento de uma laceração de quarto grau (consulte os parágrafos finais da secção Reparação secundária acima).

Também irá deparar-se com muitas pacientes que apresentam uma laceração reparada incorretamente. O ápice do defeito anorretal pode não ter sido fixado, resultando numa fístula retovaginal (FRV). Vejo frequentemente casos em que apenas foi reparada a pele sobre o períneo, pelo que tudo o que resta é uma ponte cutânea sobre o períneo, uma FRV atrás e o esfíncter ainda avulso. É melhor cortar a ponte cutânea para recriar a laceração de quarto grau e efetuar uma reparação formal. (Figura 8.2)

9 TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA PÓS-REPARAÇÃO

Uma coisa é conseguir fechar uma fístula vesicovaginal, outra coisa é tornar a paciente continente. Conseguimos fechar mais de 90% dos casos e os cirurgiões experientes aproximam-se dos 98%, mas, pelo menos, outros 15–20% terão alguma incontinência. Em metade destes casos, a incontinência é tão grave que a pessoa continua totalmente molhada. Este facto tem sido subnotificado, como é evidente nas avaliações independentes dos resultados obtidos em locais que citam taxas de incontinência persistente muito baixas. Quando as pacientes são examinadas de forma adequada e independente, alguns centros chegam a ter até 45% de pacientes que regressam a casa com algum grau de incontinência. Quanto mais cuidadosamente se procurar o problema, mais exemplos serão detetados. Esta “fenda de incontinência” é uma fonte de enorme frustração para os cirurgiões de fístulas. A causa não é difícil de ver.

A parte mais importante da uretra para manter a continência é a secção média. Nesta área, a uretra gera maior pressão para manter a urina dentro da bexiga. O ligamento pubouretral insere-se aqui, existindo também um espessamento do músculo chamado esfíncter externo da uretra. Se este for danificado ou destruído durante o parto prolongado, torna-se problemático, ou mesmo impossível, manter a continência, mesmo depois de a fístula ser fechada. É possível recriar uma uretra e um colo da bexiga anatomicamente corretos, mas sem os ligamentos e os músculos, os mesmos não terão qualquer função fisiológica.

O comprimento normal de uma uretra feminina é de 3–5 cm, sendo a média de 4 cm. Na minha série, 35% das pacientes têm a fístula a menos de 2,5 cm do orifício uretral externo (tipos 3 e 4 da classificação de Goh). Estes casos apresentam o pior prognóstico para a incontinência persistente após a reparação. De facto, 60% das pacientes têm a fístula distal a menos de 3,5 cm do orifício uretral (tipos 2, 3 e 4 da classificação de Goh). Todas estas pacientes terão o mecanismo de continência da uretra total ou parcialmente destruído. Muitas vezes, as cicatrizes que rodeiam a fístula mantêm a uretra rígida e aberta. A uretra também se encontra frequentemente desnervada.

A função da bexiga pode ser afetada de várias formas. O tamanho da bexiga pode variar entre normal e muito reduzido. O seu nível de elasticidade pode variar, desde atónico, com retenção e regurgitação crónicas, até instável, com ondas de pressão anormais frequentes que causam instabilidade no detrusor (atualmente designada por bexiga hiperativa), levando a sensações de urgência e a incontinência de urgência. Outras pacientes têm uma bexiga pequena, rígida e não elástica, secundária às cicatrizes e à perda substancial de tecido da bexiga.

As pacientes com incontinência persistente têm sido estudadas de forma urodinâmica. Cerca de 40% terão incontinência de esforço genuína (GSI), 40% terão GSI combinada com bexiga hiperativa, 14% terão perdas de urina resultantes de uma bexiga pequena, rígida e não elástica e os restantes 6% terão retenção com regurgitação.

Desenvolvi um interesse especial no tratamento desta incontinência persistente, pelo que este capítulo irá centrar-se nos tratamentos e procedimentos operatórios da minha preferência. As técnicas evoluíram ao longo dos anos.

Antigamente, a operação centrava-se na uretra e na tentativa de a tornar tão anatomicamente normal quanto possível, conferindo à mesma um comprimento e uma largura normais. Em seguida, introduzimos um sling de apoio de material autólogo, na tentativa de recriar o ligamento pubouretral. Combinando estes dois princípios, obtinha uma taxa de 70% de pacientes com fístula e incontinência persistente secas. Recentemente, a minha abordagem passou não apenas por incluir a uretra e o sling, mas também por me concentrar na vagina. Esta abordagem baseia-se na teoria integral da incontinência urinária feminina. Se, durante a reparação, a vagina for puxada em conjunto sob tensão, o resultado é uma vagina curta, rígida e com cicatrizes. Isto irá puxar e manter a uretra aberta, pelo que a paciente terá perdas contínuas através da uretra aberta fixa. (Figura 9.1) Ao garantir que a vagina está relaxada e flexível, aumentei a minha taxa de sucesso. De momento, só tenho uma série com cerca de 200 pacientes, mas estas mulheres apresentavam os casos mais graves de todos, com perdas constantes, vaginas terrivelmente curtas e cicatrizadas e uretras retraídas para dentro da vagina. Todas as 200 pacientes já tinham sido operadas noutros centros até nove vezes e, em muitos casos, a operação visava tratar a incontinência persistente. Tudo o resto tinha falhado. Se eu tivesse seguido apenas os dois primeiros princípios (fazer com que a uretra tivesse um comprimento e uma largura normais e criar um sling suburetral), apenas 26% destes casos graves teriam ficado curados. Ao proceder desta forma, mas certificando-me de que a vagina é reconstruída sem tensão, 70% das pacientes estão completamente secas e quase todos os restantes casos registaram melhorias.

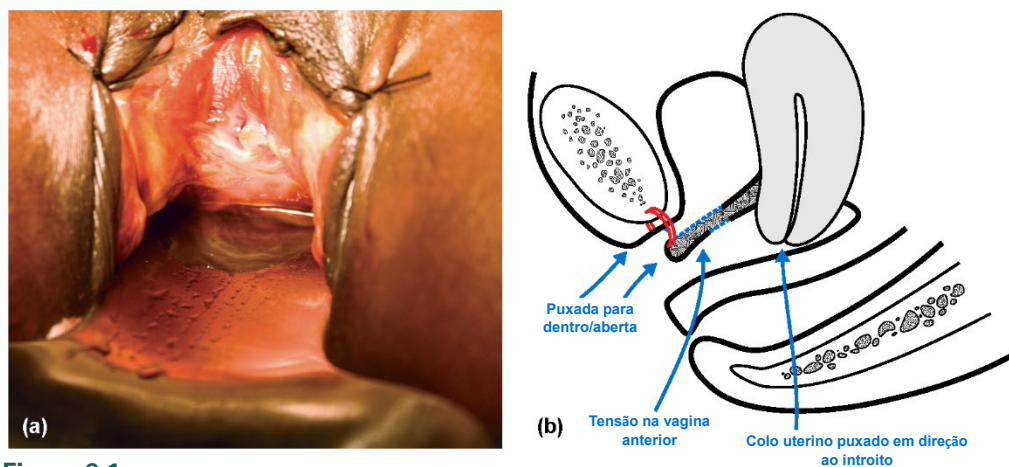


Figura 9.1

a) Uma paciente com incontinência completa após a reparação de uma fístula. Note a urina a sair pela uretra e a acumular na vagina. A uretra tinha menos de 1 cm de comprimento e a parede vaginal anterior era muito curta, com menos de 3 cm. b) Em forma de diagrama.

Em resumo, o tratamento cirúrgico da incontinência persistente segue estes três princípios principais. Irá verificar que, pelo menos, um princípio terá de ser sempre aplicado a qualquer paciente e, em alguns casos, terão de ser abordados os três princípios para que a paciente tenha hipóteses de ficar curada. Os princípios são os seguintes:

1. Reconstrução da uretra para ficar com um comprimento e uma largura normais.
2. Reconstrução do ligamento pubouretral.
3. Reconstrução da vagina para não existir tensão na vagina anterior.

Outros cirurgiões têm abordagens diferentes, que serão brevemente discutidas mais adiante neste capítulo.

O tratamento da incontinência de esforço pós-reparação divide-se em quatro categorias distintas:

- Avaliação imediata
- Medidas conservadoras
- Tratamento cirúrgico
- Tratamento com recurso a um molde uretral.

Avaliação imediata

A frequência e o controlo deficiente são comuns logo após a remoção do cateter na sequência da reparação de fístulas, mas, muitas vezes, a situação melhora rapidamente. Se a paciente continuar molhada após 48 horas, e partindo do princípio de que um teste de coloração excluiu uma deiscência e a paciente não tem retenção urinária, será necessário classificar o caso mediante um de cinco graus de gravidade:

- *1/5. Paciente completamente seca ao esforço, ao caminhar, ao repouso e ao sono e a urinar normalmente.*
- *2/5. Paciente molhada em situações de exigência (tosse ou esforço). Muitas vezes melhora com o tempo e a prática de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico.*
- *3/5. Paciente molhada ao caminhar e seca ao sentar-se e deitar-se, mas consegue urinar bem.* Mais uma vez, a situação pode melhorar com o tempo e a prática de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico. Aos 6 meses de acompanhamento, 50% das pacientes estarão completamente secas apenas com a adoção de um tratamento conservador.
- *4/5. Paciente molhada ao caminhar, sentar-se e deitar-se, mas continua a conseguir urinar até certo ponto.* Esta situação raramente melhora com o tempo, pelo que a paciente irá necessitar de assistência e, provavelmente, irá necessitar também de uma operação de esforço secundária. Por norma, avançamos com este procedimento após 3–6 meses de exercícios experimentais de fortalecimento do pavimento pélvico, uma vez que alguns casos melhoram com o tempo.
- *5/5. Paciente sempre molhada, sem urinar.* A paciente sente-se como se ainda tivesse uma fístula. Esta situação raramente melhora com o tempo. Muitas vezes, deve-se a uma uretra que não funciona, sendo necessário realizar um tratamento posterior.

A melhor forma de medir objetivamente o grau de incontinência de uma paciente consiste em realizar um “pad-test de uma hora”. A descrição completa encontra-se no Anexo B, mas, resumidamente, é necessário ter uma balança de cozinha simples e um penso. Pese o penso e peça à paciente para esvaziar a bexiga e colocar o penso. A paciente deve beber 500 ml de água e efetuar uma série de exercícios. No final, pese o penso e subtraia o respetivo peso original. Desta forma, irá obter uma estimativa da quantidade de urina perdida durante uma hora. Este método é muito útil antes e depois de uma operação de incontinência de esforço, mas os resultados obtidos podem variar um pouco dependendo do grau de hidratação da paciente antes de iniciar o teste. Para tentar uniformizar o teste, é preferível fazê-lo de manhã cedo, depois de a paciente se levantar, logo após o pequeno-almoço.

Tratamento conservador – Exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico

Nos países desenvolvidos, existem evidências objetivas de que os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico são úteis no tratamento da incontinência de esforço. No entanto, o benefício só foi demonstrado em pacientes motivadas, que receberam instruções adequadas de um profissional.

Tem sido dada grande importância à instrução de pacientes com fístula para a prática de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico. Infelizmente, as mulheres que apresentam os casos mais graves de incontinência de esforço são também aquelas que apresentam lesões isquémicas nos músculos do pavimento pélvico. Basta colocar dois dedos na vagina, sentir a fibrose na vagina e nos músculos levantadores e pedir à paciente para apertar, para percebermos a pouca contração existente. Nas lesões mais graves, os músculos pélvicos foram totalmente destruídos pelo trabalho de parto prolongado, não existindo quaisquer músculos para reabilitar. Kees Waaldijk denomina este fenómeno de “síndrome da pélvis vazia”.

Outras pacientes que apresentam casos de esforço, mas menos danos, beneficiam das instruções, mas apenas se estas forem apresentadas corretamente. (Figura 9.2) É essencial colocar dois dedos na vagina para ajudar a paciente a compreender o que deve fazer e para acompanhar o progresso obtido. A simples instrução verbal está condenada ao fracasso. A paciente deve também ser ensinada a examinar-se a si própria para efeitos de feedback.

A rotina consiste em apertar o pavimento pélvico com a máxima força possível durante 5-10 segundos e depois relaxar. A paciente deve continuar a respirar normalmente. A compressão é repetida 10 a 20 vezes, com intervalos de 10 segundos entre si. A paciente deve repetir esta rotina três vezes por dia.

É difícil saber quantas pacientes cumprem este regime, mas quer façam os exercícios ou não, muitas pacientes com incontinência ligeira acabam por melhorar com o tempo. Um aspeto positivo é o facto de, por vezes, vermos pacientes que vão para casa com casos de esforço moderado, mas regressam mais tarde para nos dizer que a incontinência desapareceu de forma espontânea ao fim de algumas semanas.



Figura 9.2
Enfermeiras a ensinar
exercícios de fortalecimento
do pavimento pélvico.

Tratamento cirúrgico

Devem passar, pelo menos, 3–6 meses para que haja tempo para uma melhoria espontânea. Em seguida, pode ser considerado um procedimento secundário para a incontinência de esforço. Em primeiro lugar, é necessário confirmar o diagnóstico, verificando se a paciente não está em retenção e realizando também um teste de coloração. É muito fácil não reparar numa fistula residual minúscula. Pode acontecer que a paciente tenha ambas as coisas: uma fistula residual e uma perda através da uretra. Ambas necessitam de atenção. Se o teste de coloração for negativo, a incontinência pode ser demonstrada através da remoção do cateter com o corante ainda no interior: muitas vezes, o corante acaba por sair. Se não sair, deve pedir à paciente para tossir, situação em que, por norma, a incontinência é percebida de imediato.

O exame de uma paciente para detetar a incontinência de esforço deve ser efetuado sem anestesia, com a paciente de pé ou deitada. Deve ser-lhe pedido para tossir com a bexiga cheia ou quase cheia ou após a realização de um teste com corante, conforme descrito acima. Muitas mulheres apresentam perdas ao tossir sob anestesia espinal na posição de litotomia e estão secas em condições normais e vice-versa. É necessário confirmar a perda uretral antes de submeter a paciente a anestesia. Além disso, deve repetir sempre um teste de coloração no bloco operatório, no início de qualquer operação de esforço proposta, só para ter a certeza de que não deixou escapar nenhuma fistula pequena.

Dito isto, colocar um corante frio numa bexiga e pedir à paciente para tossir não é um procedimento particularmente fisiológico. É preferível examinar a paciente quando tem a bexiga cheia.

Até há pouco tempo, era efetuada uma simples cistometria para ajudar na seleção. A bexiga era enchida com água através de uma seringa de bexiga aberta mantida verticalmente enquanto a uretra era comprimida. Se a pressão da bexiga fosse estimada em mais de 20 cm de H₂O com apenas 100 cm³ na bexiga, a operação não era recomendada. Este procedimento excluía cerca de um terço das pacientes. Atualmente, todas as pacientes têm uma oportunidade graças à plicatura e ao sling, tendo a taxa de sucesso (cerca de 70%) aumentado de forma efetiva. Agora, com o passo adicional das reconstruções vaginais, a taxa de sucesso está a aumentar ainda mais.

Plicatura uretral e sling fibromuscular

O objetivo da cirurgia consiste em alongar e estreitar a uretra e, em seguida, fornecer apoio com um sling fibromuscular (o sling é descrito e ilustrado no Capítulo 6 – Suporte uretral – Sling fibromuscular).

Posicione a paciente à semelhança de como é posicionada para a reparação de uma fístula e utilize uma episiotomia, se necessário. Meça o comprimento da uretra da seguinte forma: insira um cateter de Foley, encha o balão, puxe o cateter até o balão encostar ao colo da bexiga, aperte o cateter ao nível do meato uretral externo, esvazie o balão, remova o cateter de Foley enquanto continua a apertá-lo e volte a encher o balão. O comprimento da uretra vai desde o local onde o cateter de Foley é apertado até ao balão. (Figura 9.3a) Na Etiópia, o comprimento médio antes da operação é de 1,4 cm, o que representa menos de metade do comprimento normal. Quase todas as pacientes terão uma uretra encurtada.

Após a infiltração, reflita a mucosa vaginal. Efetue uma incisão horizontal através da vagina cerca de 2 cm abaixo do meato uretral externo. Estenda a incisão até às paredes laterais da vagina. Reflita a vagina distalmente para fora da uretra quase até ao meato e de cada lado das paredes laterais da vagina e suture-as para fora do caminho para os grandes lábios. (Figura 9.2) Dissecte um pouco proximalmente sob a incisão horizontal para mobilizar a bexiga distal. Com uma tesoura, dissecte a uretra e a bexiga a partir das fixações laterais, abrindo o espaço paravesical e paravesical de cada lado.

É necessário ter muito cuidado, pois é fácil abrir aqui a bexiga e criar outra fístula. Se isso acontecer, deve-se geralmente ao facto de a primeira operação incidir sobre uma fístula circunferencial que não foi reparada de forma circunferencial. A reparação é extremamente difícil, mas deve ser tentada.

O passo seguinte consiste na plicatura da uretra e da bexiga distal com três suturas interrompidas na linha média. Estas têm como objetivo prender a fâscia pubocervical, ou pelo menos o que resta da mesma, estreitar a uretra e puxar as paredes da bexiga distal em conjunto. (Figura 9.3)

É importante plicar os tecidos corretos. Prenda o músculo uretral medialmente ao local onde o mesmo foi mobilizado para fora da parede lateral da vagina, não prenda o tecido da parede lateral da vagina, pois isso não terá o efeito desejado. Se for feito corretamente, o lúmen será estreitado para que o seu diâmetro seja semelhante ao diâmetro da uretra.

Crie um sling agarrando o tecido fibromuscular de cada lado e desenvolvendo um bloco de tecido a suturar na linha média. É claro que, durante a operação primária, pode já ter sido criado um sling, mas, por norma, é possível encontrar tecido adicional para criar outro sling. Note que é possível que ocorra uma hemorragia rápida à medida que o pedículo é elevado. Se a mesma não for cuidadosamente tratada, pode representar uma fonte de hemorragia pós-operatória.

Meça novamente o comprimento da uretra para ver se cresceu. O comprimento médio da uretra duplicou para 3 cm na série de 72 casos consecutivos da Etiópia. (Figura 9.3i – 3,5 cm neste caso)

Realize um teste de coloração para garantir que a bexiga não foi aberta acidentalmente.

A vagina está reparada. Certifique-se de que reparou os cantos da vagina na parede lateral, na base do pedículo (compare com a Figura 6.58k). Isto reduz a possibilidade de espaços mortos e hemorragia.

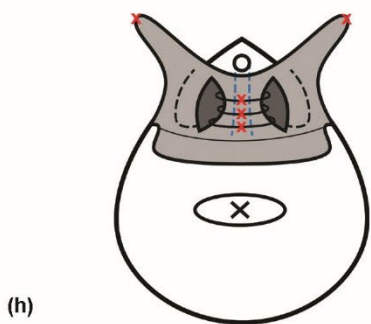
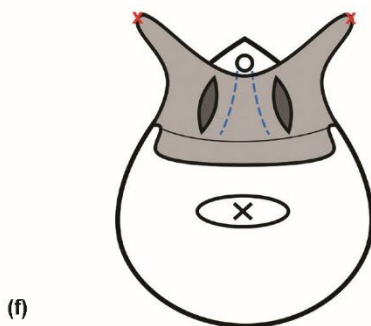
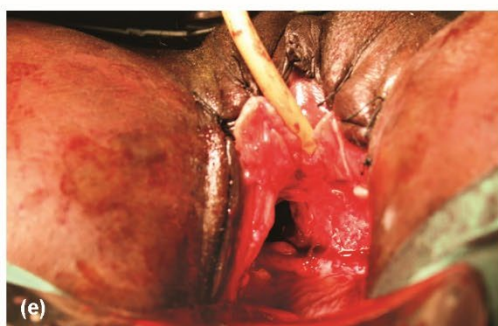
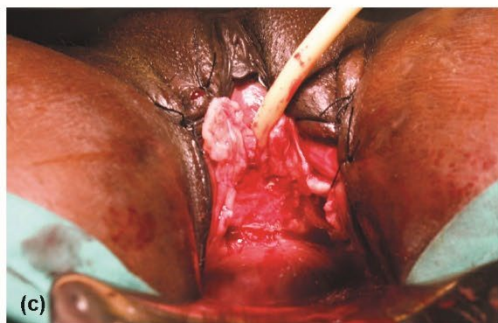
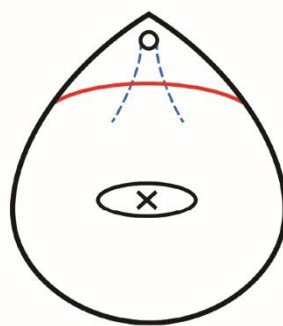
Se não for possível reparar a vagina sem tensão, é necessário efetuar um rebordo. É fácil verificar esta situação. Se, ao suturar a vagina, o meato uretral for arrastado para o canal vaginal, sabe-se de imediato que a uretra está a ser puxada ao ponto de abrir após a aplicação de uma tensão excessiva. Desfaça as suturas e coloque um rebordo de tecido como descrito no Capítulo 6 – Tratamento de defeitos da pele vaginal.

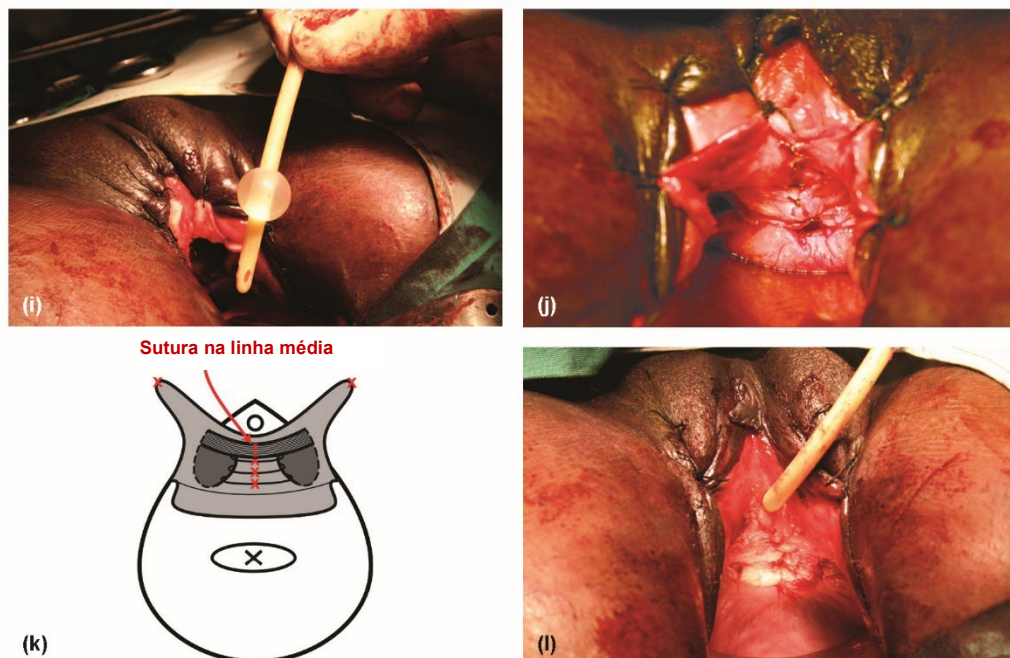
Ao reparar a vagina, é importante suturar a pele vaginal à parede pélvica lateral. Experimente ancorá-la no local onde refletiu o sling fibromuscular. Isto irá ajudar a suportar a uretra (como se estivesse a fazer uma colpossuspensão) e a fechar um eventual espaço morto onde seja possível acumular um hematoma (consulte a Figura 6.58k e l).

O cateter de Foley é deixado em drenagem livre durante 3–5 dias e a paciente é incentivada a beber de forma habitual. Após a remoção do cateter, a paciente é incentivada a beber normalmente e a urinar. É necessário verificar o volume residual obtido, devendo este ser inferior a 100 cm³. Uma avaliação mais exata consiste em medir primeiro a quantidade de urina expelida e medir depois o resíduo existente. Se o volume residual for >50% do volume expelido, a situação deverá ser definida como retenção. Assim sendo, se a paciente evacuar 100 ml, mas tiver um resíduo de 60 ml, trata-se de uma retenção. É importante proceder à verificação desta forma, uma vez que as pacientes com fístula apresentam vários graus de perda de bexiga e podem ter bexigas muito pequenas, com uma capacidade inferior a 100 ml, tendo por vezes uma capacidade de apenas 20 ml. Se a paciente tiver retenção urinária, necessita de tratamento (consulte a secção Tratamento da retenção abaixo).

Caso contrário, será necessário mostrar também à paciente como fazer exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico. A paciente é avaliada e qualquer tensão remanescente que possa ser registada é quantificada na escala referida anteriormente para verificar se foram detetadas melhorias em relação ao período anterior à operação. Atualmente, alguns centros realizam um “pad-test” padronizado antes e depois da operação. É bom poder quantificar uma melhoria com uma medida objetiva, sendo este um instrumento muito útil para a investigação, a que provavelmente a maioria das unidades não tem acesso para poder utilizar de forma rotineira. É um instrumento exigente em termos de tempo e pessoal.

Tenho um fisioterapeuta urinário que se dedica ao ensino de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, ao treino da bexiga e à realização de pad-tests, mas isto seria um luxo na maioria das unidades.



**Figura 9.3**

a) Uma paciente com incontinência após a reparação de uma fístula. Quando medida, a uretra tem apenas 1,5 cm de comprimento. b) Em termos esquemáticos, as linhas azuis pontilhadas delineiam a uretra curta e aberta por baixo. A linha vermelha indica a incisão inicial. c) A vagina foi refletida. d) O espaço para-uretral foi aberto à esquerda e e) à direita. f) Em termos esquemáticos, é possível ver os espaços para-uretrais libertados das paredes laterais. g) A uretra foi mobilizada e agora encontra-se plicada. h) Em termos esquemáticos, é possível ver que a plicatura estreitou a uretra, tornando-a mais comprida. i) Depois de ser medida de novo com 2 ml no balão, a uretra conta agora com 3,5 cm de comprimento. j) É colocado um bom sling fibromuscular (consulte o Capítulo 6 – Suporte uretral – Sling fibromuscular [Sling pubococcígeo]). Também pode colocar um “sling on a string” (sling por um fio) fascial. k) Diagrama. l) A vagina está reparada.

Complicações

As complicações deste procedimento incluem:

- Reabertura acidental da fístula em menos de 5% dos casos. É possível fechá-la durante a operação, mas é importante que não passe despercebida.
- Laqueação dos ureteres se as suturas tiverem sido colocadas numa posição demasiado profunda. (Este fenómeno não foi detetado durante a nossa experiência, mas é necessário ter em conta que a anatomia destas pacientes se encontra distorcida devido à lesão e subsequente reparação. Os ureteres podem estar em sítios inesperados.)
- Retenção de urina em 15% dos casos.

Tratamento da retenção

Algumas pacientes não conseguem urinar de todo e têm de voltar a inserir o cateter. Outras apresentam um grau de retenção que, se não for detetado, pode levar a situações de incontinência por regurgitação, estase urinária, infecção do trato urinário e até formação de cálculos.

É necessário medir a urina residual de todas as pacientes antes de estas serem autorizadas a regressar a casa. Se a quantidade obtida for superior a 100 cm³, ou se o volume residual for >50% do volume expelido, proceda da seguinte forma:

- Substitua o cateter e tape-o com uma ponta, ou seja, bloqueie-o de alguma forma. Alguns locais utilizam um frasco de gentamicina, outros utilizam o êmbolo de uma seringa de 5 ml. Deixe a bexiga encher e depois liberte a ponta de 2 em 2 horas para esvaziar a bexiga. Isto irá ajudar a “treinar novamente” a bexiga, enchendo-a e relaxando-a. Trata-se de um tratamento antigo para problemas urinários, raramente ou nunca utilizado no Ocidente, mas parece funcionar para as pacientes com fístula. No caso da maioria das pacientes com fístula, a bexiga está vazia há anos e não me parece que mantê-la em drenagem livre (vazia) durante mais alguns dias possa mudar alguma coisa. Faça este “treino” da bexiga durante 48 horas, mas tenha cuidado para que a ponta seja libertada de 2 em 2 horas para evitar uma distensão excessiva. Provavelmente, é mais seguro deixá-la em drenagem livre durante a noite para evitar esta situação. É necessário ter uma paciente cooperante e enfermeiros dedicados. Se o procedimento for efetuado de forma correta, 70% das pacientes estarão a urinar normalmente depois de o cateter ser removido e as pacientes serem novamente avaliadas para efeitos de retenção. Certifique-se de que as avalia três vezes.
- Se a urina residual continuar a ser superior a 100 cm³ ou superior a 50% do volume expelido, ensine à paciente a técnica do duplo esvaziamento. Neste caso, a paciente urina normalmente, talvez com pressão suprapúbica (empurrando a bexiga com a mão). Em seguida, levanta-se e caminha durante alguns momentos, enquanto a bexiga se “reajusta” ao facto de ter um volume de urina menor, e volta a tentar urinar novamente.
- Se isto não resolver o problema e a paciente continuar a não conseguir esvaziar a bexiga de forma adequada, ensine-a a realizar o autocateterismo intermitente limpo. A paciente deve tentar esvaziar a bexiga o mais que puder e, em seguida, passar um cateter curto e rígido na bexiga para drenar a urina restante. A paciente lava o cateter e mantém-no limpo para o utilizar da próxima vez, tendo de o fazer após cada micção, ou três a quatro vezes por dia, para se certificar de que a bexiga se esvazia por completo e de forma regular ao longo do dia. A paciente deve ser tranquilizada quanto à probabilidade de melhorar com o tempo e deve ser enviada para casa com instruções para realizar o autocateterismo e só parar quando esvaziar corretamente a bexiga, de modo a que, quando passar o cateter, não saia urina, ou saiam apenas algumas gotas. A paciente deve ser enviada para casa com cerca de cinco cateteres curtos e rígidos. Deve lavar o cateter antes e depois de cada utilização e deve reutilizá-lo durante cerca de um mês. Pode existir um pequeno grupo em que a bexiga nunca recupera a capacidade de esvaziamento, pelo que o autocateterismo pode ser vitalício. Neste caso, a paciente deve receber um cateter metálico.

Ouvimos um cirurgião dizer que a incidência de retenção será reduzida se o cateter for deixado durante 10 dias após a operação, em vez dos 3 dias que praticamos. Isto requer uma investigação mais aprofundada, mas pode ter algum mérito se continuar a existir inchaço e dor resultantes da operação.

Alguns cirurgiões relataram que não conseguem reproduzir os meus resultados tendo por base estes princípios e procedimentos. Ao observá-los e ensiná-los, um erro que costumo detetar comumente é o facto de não estarem a plicar a uretra de forma correta. Em vez de prenderem o tecido uretral medialmente ao local onde mobilizaram a uretra para fora do ramo púbico, estão a suturar os tecidos ao longo do ramo púbico. Este procedimento não alonga nem estreita a uretra tão bem como se pretende. Também dificulta a criação de um bom sling muscular e impossibilita a colocação correta de um sling fascial. Quando são alertados para este erro, os resultados obtidos melhoram frequentemente.

Em caso de falha

Se uma operação de esforço tiver falhado no passado, prefiro usar um sling fascial apertado na segunda tentativa.

Tal como descrito acima, costumo colher o sling da bainha retal através de uma entrada de mini-Pfannenstiel efetuada antes de iniciar o procedimento vaginal. O mesmo é mantido numa solução salina estéril enquanto a vagina é preparada.

Nestas pacientes, o meato uretral encontra-se, muitas vezes, puxado para dentro da vagina e não está na posição anatómica correta. Frequentemente, a parede vaginal anterior é muito curta e o colo uterino foi puxado para a frente depois de muitas operações, situando-se, por vezes, mesmo junto do meato uretral! Este é o resultado de reparações anteriores de fístulas em que o cirurgião puxou a vagina para cobrir a bexiga e a uretra. O resultado é uma parede vaginal anterior apertada, curta e distorcida, que tem de ser reparada para se assemelhar à anatomia normal. (Figura 9.1a) Mobilize a parede vaginal para fora da uretra, como referido acima, e, se o meato tiver sido puxado para dentro da vagina em reparações anteriores, esta mobilização e a libertação de tecido cicatricial faz com que o meato volte frequentemente à sua posição normal. (Figura 9.4) Se o colo uterino estiver puxado para a frente, mobilize-o também e depois suture-o às paredes laterais da vagina, no fundo da vagina, para o colocar na sua posição natural. Plique a uretra para garantir que esta tem um comprimento e uma largura adequados. Em seguida, coloque um sling fascial.

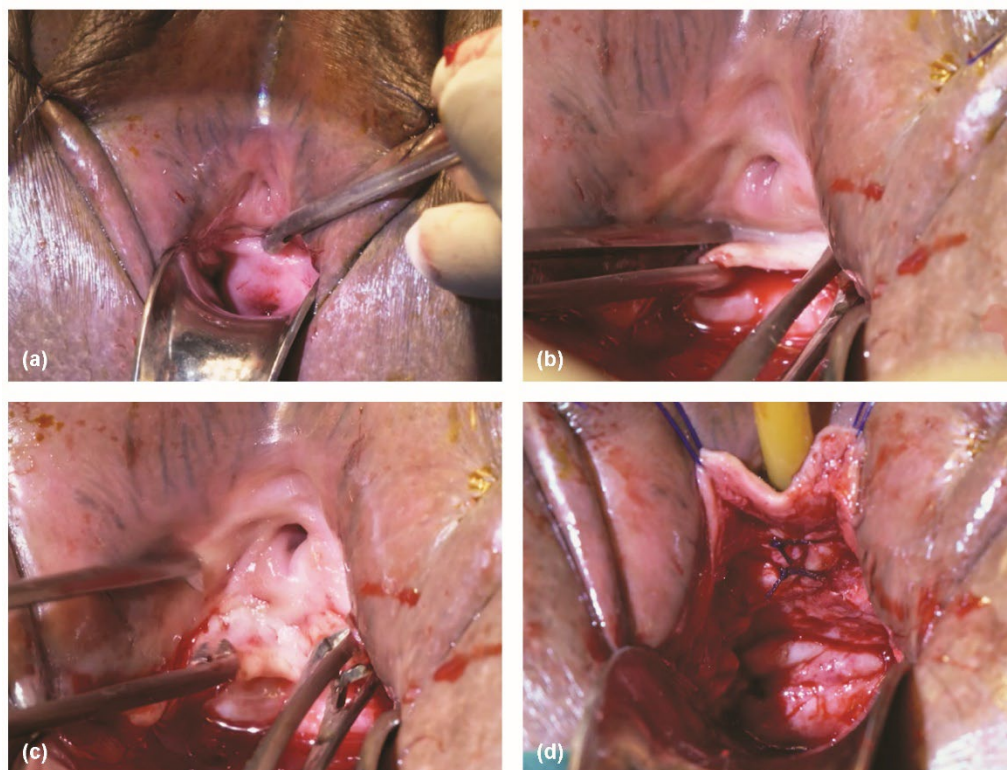


Figura 9.4

a) Uma paciente com incontinência pós-reparação. A uretra está presa à vagina e o colo uterino está puxado para a frente. O cateter metálico está encostado ao colo uterino e a parede vaginal anterior tem apenas 1,5 cm de comprimento. b) A vagina é mobilizada para fora da uretra e c) salta para a frente. d) O colo uterino foi mobilizado e empurrado de volta para a sua posição normal, a uretra foi plicada e foi colocado um sling fibromuscular.



Figura 9.4 (continuação)

e) A fenda da vagina anterior foi preenchida por um rebordo de Singapura.

Tal como descrito no Capítulo 6 – Suporte uretral – Sling fibroso, colha uma faixa de 5-7 cm por 1-1,5 cm de fâscia retal, mas deixe a ferida abdominal aberta por enquanto. Gosto de colocar uma gaze impregnada de iodo sobre a ferida enquanto realizo a parte uretral da operação, apenas para manter a ferida limpa. Efetue o mesmo tipo de mobilização e plicatura da uretra que acima, mas depois, com um pouco de nylon ou PDS ligada a cada extremidade da faixa de fâscia, crie

um túnel lateral, em sentido ascendente, no sling fascial de um dos lados da uretra através da Caverna de Retzius e depois do outro lado, tal como descrito no Capítulo 6. Este procedimento pode ser efetuado com uma pinça para artérias longa e curva, segurando firmemente cada extremidade da sutura na ponta da pinça para artérias à medida que cria o efeito de túnel de cada lado, um lado após o outro. Passe as duas extremidades da sutura através da bainha retal com a pinça para artérias ou uma agulha livre. Amarre as extremidades, com uma alça em sentido ascendente de cada lado da uretra. Exerça alguma tensão sobre a uretra e tenha cuidado para não fazer deslizar as suturas ao atar, de modo que a faixa de fâscia não suba por um dos lados do túnel e deixe a sutura de nylon ou PDS à volta da uretra. Isto pode ser facilitado através da colocação de uma sutura superficial de Vicryl 3-0 desde o sling até à uretra na linha média. (Figura 9.5)

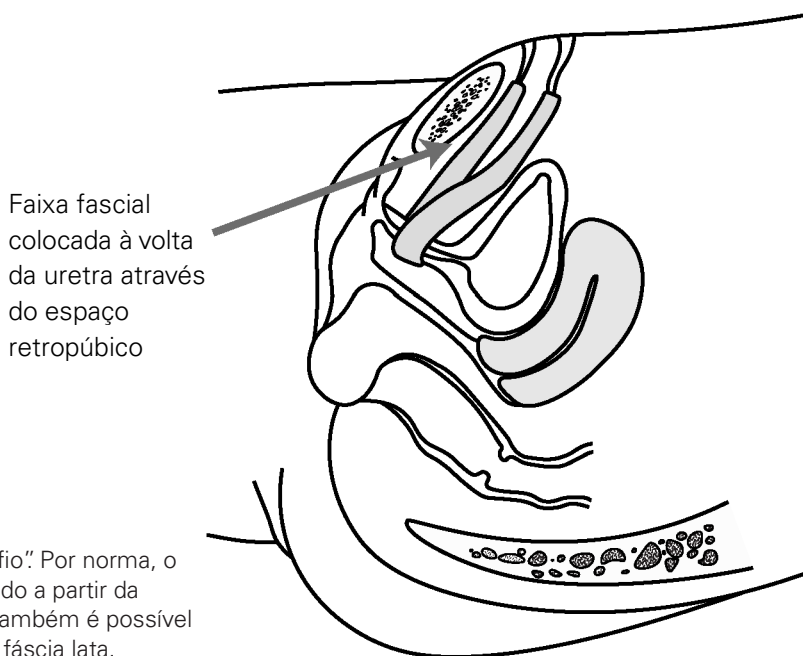


Figura 9.5

Um “sling por um fio.” Por norma, o sling fascial é colhido a partir da bainha retal, mas também é possível utilizar o tensor da fâscia lata.

Esta abordagem parece ser bastante sólida e costumo utilizá-la com regularidade e obter resultados positivos, mas existe sempre o risco de perfurar a bexiga durante a criação do efeito de túnel. Já removi cálculos vesicais que se formaram à volta da sutura de nylon. Depois de criar o túnel no sling, o cirurgião deve ter entrado na bexiga sem se aperceber. Quando criar o túnel da sutura para cima, certifique-se de que passa ao longo da sínfise púbica posterior, sentindo com a outra mão a área que está a atravessar na parede abdominal. Depois, realize um teste de coloração para garantir que não perfurou nada. Estes passos devem diminuir o risco de perfuração.

Como sempre, o fecho da vagina é tão importante como a uretralização e o sling. Gosto de ver uma parede vaginal anterior com, pelo menos, 6 cm de comprimento desde o meato uretral até ao colo uterino. Se a parede vaginal for muito curta, se o meato tiver sido puxado para dentro da vagina e o colo uterino para a frente e se tiver procedido à mobilização conforme descrito acima, terá uma fenda maior a preencher na parede vaginal anterior. É necessário preencher a

mesma com algum tipo de rebordo. A minha opção preferida passa pelo rebordo de pedículo vascular, ou seja, o rebordo de Singapura (Figura 9.4. Consulte o Capítulo 6 – Tratamento de defeitos da pele vaginal). Os rebordos rotacionais, que não têm por base um aporte de sangue, podem contrair-se com o tempo. Por isso, é preferível um rebordo vascular. Também pode obter um rebordo maior com o rebordo de Singapura que, em caso de manutenção do aporte de sangue, não se contrai com o tempo, a menos que de alguma forma comprometa o referido aporte de sangue. No entanto, se a fenda a preencher for pequena, <1 cm, nesse caso é suficiente um rebordo rotacional.

Depois de este procedimento estar concluído e a suturação terminada, o aspeto anatómico deve começar a parecer mais normal, ou seja, com uma capacidade vaginal mais normal, um comprimento vaginal anterior e uma posição mais normal do colo uterino e do meato uretral externo. Nesta fase, gosto de voltar a encher a bexiga com corante. Depois, removo o cateter e verifico se a paciente está molhada, exercendo pressão posterior sobre a vagina ou pressão suprapúbica, ou ainda pedindo à paciente para tossir. Gosto de verificar que não existem perdas de urina, mas isso não tem qualquer valor prognóstico. Muitas das minhas pacientes que tiveram perdas de urina no final da operação, ainda sob o efeito da anestesia e em posição de litotomia, não ficaram completamente continentes e outras que tiveram perdas de urina durante a realização deste teste ficaram completamente secas mais tarde!

Insira um tampão na vagina durante 1 dia. Deixe o cateter durante 5-7 dias e verifique sempre o volume residual.

Se a uretra for larga e distendida

Existe uma última operação que costumo efetuar para remodelar por completo a uretra. Costumo efetuar esta operação nos casos em que o molde uretral não funcionou, porque a uretra era larga e aberta, mas descobri que cerca de 50% das pacientes ficam completamente secas com esta operação. (Figura 9.6)

Baseia-se numa operação antiga descrita por Richard Turner Warwick na década de 1960. Algumas pessoas chamam-lhe, injustamente, TIT-BAPIBTA (Desmontar para voltar a montar, do inglês Take it to Bits and Put it Back Together Again).

Nesta operação, a vagina é mobilizada para fora da uretra da forma habitual, sendo depois incisado todo o comprimento da uretra posteriormente. Agora, já pode ver diretamente a uretra e é espantoso e educativo ver como estas uretras são realmente anormais. Muitas vezes, apresentam muitas cicatrizes e estão presas lateralmente aos ossos, ou estão dilatadas e distendidas. Mobilize os rebordos uretrais e remova uma faixa de uretra posterior. Coloque um cateter de Foley n.º 14 ou 16 no interior da uretra aberta e repare-a sobre o cateter com suturas interrompidas 3-0 ou 2-0.

Neste momento, deve ter uma uretra de 3 cm que se ajusta bem e uniformemente à volta do cateter de Foley. Verifique se está bem fechada, realizando para isso um teste de coloração. Acrescento sempre um sling, seja um sling muscular ou fascial, mas a etapa seguinte passa por fechar a vagina. A vagina não deve ser fechada sob tensão, sendo bom preencher o espaço morto de cada lado da uretra com tecido para evitar que, com o tempo, volte a formar cicatrizes até aos ossos. Se houver muita pele vaginal, costumo utilizar frequentemente um enxerto de Martius para preencher o espaço morto. Caso contrário, utilizo novamente o rebordo de Singapura.

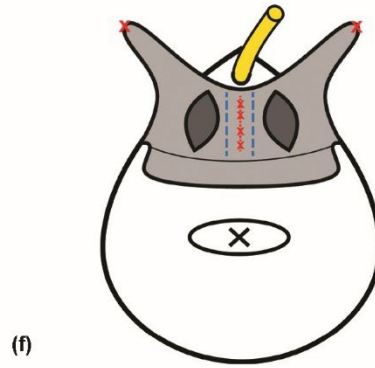
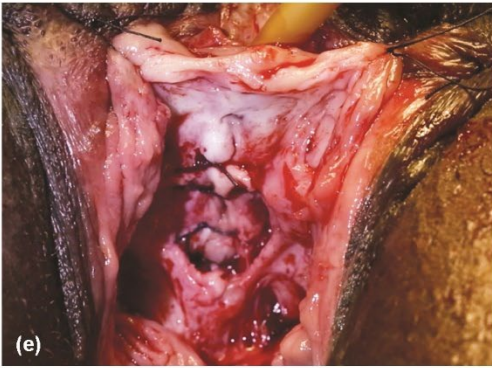
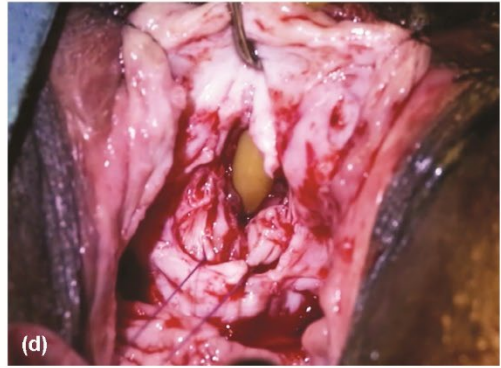
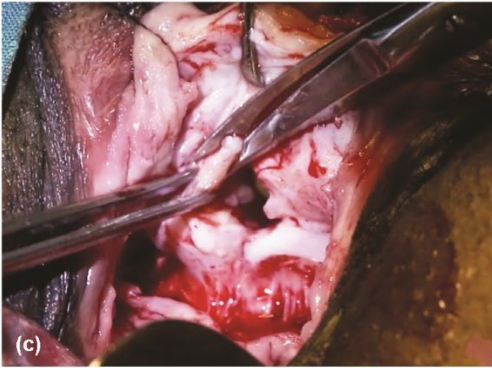
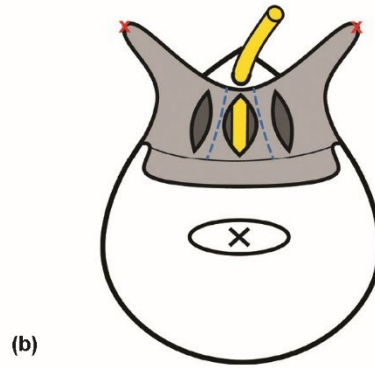
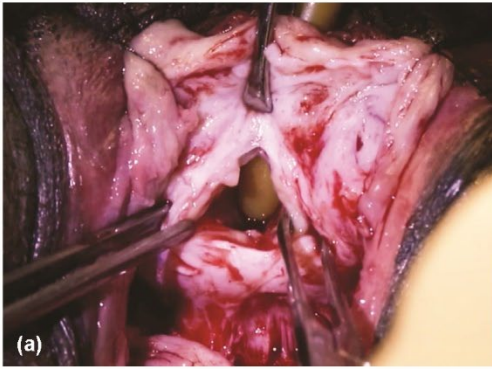


Figura 9.6

O procedimento de Richard Turner Warwick. a) A vagina foi mobilizada para fora da uretra, a uretra foi mobilizada lateralmente de cada lado e a uretra posterior foi incisada para expor o cateter de Foley. Note o tecido redundante. b) Em forma de diagrama. c) É removida uma pequena faixa da uretra posterior, à direita e à esquerda. Certifique-se de que não remove demasiado, isso seria um desastre. d) Repare a uretra com suturas interrompidas. e) Reparação total.

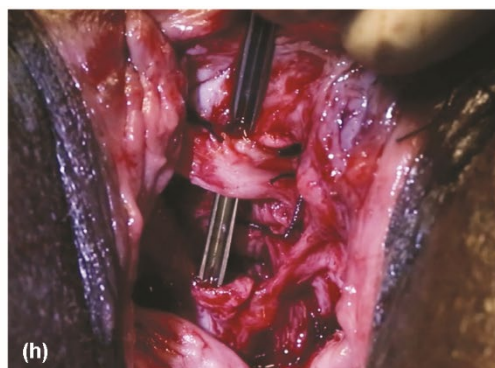
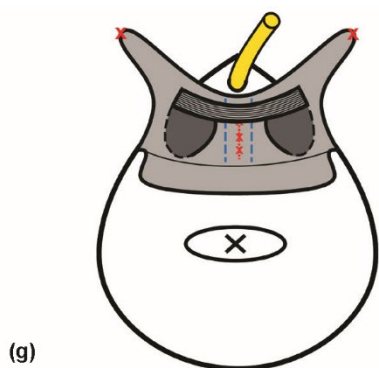


Figura 9.6 (continuação)

f) Em termos esquemáticos, é possível ver que a uretra, outrora larga, delineada com traços azuis, é agora estreita. g) Coloco sempre um sling suburetral, h) neste caso, coloquei um sling fascial da bainha retal. i) Como acontece com frequência, foi detetada uma fenda na vagina anterior que preenchi com um rebordo de Singapura.

Uma ligeira modificação

Recentemente, comecei a implementar uma ligeira modificação no rebordo de Singapura, com resultados muito positivos. Quando coloca o rebordo de Singapura no lugar, coloque algumas suturas PDS através do rebordo de um lado, depois através do arcus tendineus junto à uretra de um lado, e novamente de volta através do rebordo próximo do ponto de entrada da primeira sutura. Não amarre e depois faça o mesmo no outro lado. Coloque as suturas através do rebordo aproximadamente a meio da largura do rebordo, na posição em que pretende que o rebordo fique firme (não demasiado firme) por baixo da uretra, para reforçar um mecanismo do tipo sling. Quando ambas as suturas estiverem no sítio, amarre-as e, em seguida, suture as restantes extremidades do rebordo no devido sítio. Este procedimento permitirá elevar o rebordo de Singapura até ao arcus tendineus de ambos os lados, criando efetivamente um sling para apoiar a uretra. Chamo-lhe o sling de Singapura.

Numa série recente de dez pacientes consideradas como casos perdidos, ou seja, com fístulas fechadas, mas a incontinência a persistir apesar de vários procedimentos para a incontinência de esforço, este passo simples fez com que ficassem secas. No entanto, como acontece com a maioria das situações ao nível da cirurgia de fístulas obstétricas, não temos nenhum acompanhamento a longo prazo.

Outros procedimentos e investigações de esforço (por exemplo, abordagem urodinâmica)

Idealmente, a avaliação urodinâmica deveria ajudar-nos a compreender a causa e a selecionar a cirurgia adequada. No Addis Ababa Fistula Hospital, Carey e alguns colegas dispunham desta técnica quando introduziram pela primeira vez o sling fascial do reto.

Colheram o sling através de uma incisão de mini-Pfannenstiel baixa e mobilizaram a uretra para fora da sínfise púbica posterior. Em seguida, colocaram o sling conforme referido acima e também colocaram uma faixa de omento no espaço entre a uretra e a sínfise púbica posterior.

Antes de a operação ser efetuada, um grupo aleatório de pacientes incontinentes foi submetido a uma avaliação urodinâmica. Apenas 41% das pacientes apresentavam incontinência de esforço genuína com uma bexiga elástica. Uma percentagem semelhante apresentava também instabilidade no detrusor, o que foi considerado como contraindicação para a cirurgia. As restantes pacientes tinham uma bexiga muito pequena ou retenção com regurgitação. Apenas o primeiro grupo foi submetido a operação. Destas, 78% estavam secas aquando da alta, embora tenham sido registadas algumas recaídas mais tarde.

No passado, em Adis Abeba, eram efetuados testes urodinâmicos para selecionar as pacientes que seriam submetidas a um procedimento de esforço. Só seriam aceites as pacientes cuja bexiga tivesse uma capacidade de 200 cm³ ou mais. Cerca de 70% das pacientes com casos de esforço grave cumpriam estes critérios. A capacidade pequena da bexiga, mais do que a instabilidade da parede da bexiga, parece ser a principal contraindicação nos outros 30%. Estes casos são tratados com moldes uretrais, sempre que possível. Nas mãos de um cirurgião especializado neste procedimento, pelo menos 40% dos casos selecionados pareceram curados e outros 40% melhoraram consideravelmente. Este era o método operatório preferido em Adis no início dos anos 2000, mas foi entretanto abandonado. Foi bem-sucedido até certo ponto. Tenho tendência para pensar que, se também se concentrassem em tornar a uretra mais correta do ponto de vista anatómico, para além do sling e da reparação da vagina, o sucesso teria sido maior, mas isto não foi estudado.

Isto levanta a questão do papel das pacientes urodinâmicas na cirurgia de fístulas. Mais recentemente, 176 pacientes com incontinência persistente após a reparação de uma fístula foram submetidas a testes urodinâmicos em Adis Abeba. A maioria tinha incontinência mista, ou seja, bexiga de esforço e hiperativa, 29 apresentavam regurgitação e apenas duas tinham uma bexiga hiperativa isolada. No total, 155 pacientes experimentaram a oxibutinina durante dois meses, mas apenas nove apresentaram melhorias no que respeita à incontinência, embora 65 tivessem melhorado os sintomas de urgência, mas não os sintomas de incontinência. Ao ignorar os resultados dos testes urodinâmicos e efetuar as operações acima referidas, as nossas taxas de sucesso mantiveram-se ou até melhoraram. Devido aos custos e à falta de provas que demonstrem o valor da abordagem urodinâmica no nosso contexto, recomendamos que esta seja mantida como uma ferramenta de investigação até à existência de provas do seu benefício.

Existem muitas formas de efetuar as operações que são descritas nos manuais de urologia ou ginecologia, mas é necessário ter em conta que nos países onde estes foram escritos, as uretras observadas estão intactas, ao passo que numa paciente com fístula a uretra está danificada e rodeada de fibrose e tecidos sem função. Os métodos utilizados para ajudar as mulheres com incontinência que não têm um historial de fístula não podem ser imediatamente transferidos

para as nossas pacientes. Os métodos aplicáveis a pacientes com fístula são descritos por Judith Goh e Hannah Krause no seu livro, por Michael Breen nas suas anotações de palestra e, claro, por Kees Waaldijk.

Kees Waaldijk, que tem uma vasta experiência de cirurgia de fístulas no norte da Nigéria, desenvolveu a sua própria operação para a incontinência de esforço, que foi utilizada em mais de 500 casos. Esta operação envolve uma plicatura radical da uretra e da base da bexiga, ainda mais do que acontece na minha operação. Em seguida, é efetuada uma forma de colposuspensão, em que a base da bexiga é atrelada, utilizando a fásia pubocervical restante, à região do arcus tendineus na parede pélvica lateral.

Tudo isto é efetuado a partir de baixo, através do espaço paravesical amplamente aberto, recorrendo a uma agulha de aneurisma para efeitos de acesso. Este método tem funcionado bem para Waaldijk, com um registo de pacientes completamente secas até 60%. No entanto, este método não foi amplamente utilizado por outros cirurgiões e, tal como sucede na minha abordagem, outros tiveram também dificuldade em replicar os resultados obtidos.

Por fim, é importante referir que alguns cirurgiões visitantes entusiastas realizaram operações com fita sintética sem tensão em pacientes selecionados. O método transobturador tem sido preferido por serem registados resultados verdadeiramente positivos em pacientes sem fístula. No entanto, as nossas pacientes com fístula são jovens e, por norma, têm uretras e vaginas rígidas, encurtadas e com cicatrizes, ou seja, muito diferentes das pacientes dos países desenvolvidos. Não é surpreendente que tenham ocorrido vários resultados desanimadores, com o risco sério de erosão posterior da fita. Não vemos lugar para a sua utilização numa base casual. De acordo com a minha experiência, tive de remover todas as fitas que vi serem colocadas devido a erosões. Além do mais, um artigo do Níger demonstra uma taxa de complicações mais elevada em caso de utilização de slings sintéticos em pacientes com fístula, em comparação com a utilização de slings de tecido nativo, e sem qualquer benefício curativo adicional.

Apenas alguns cirurgiões operam regularmente pacientes com incontinência persistente. É evidente que o problema da incontinência persistente é significativo e, em geral, está a ser maltratado. Existe uma necessidade premente de os cirurgiões envolvidos a tempo inteiro na cirurgia de fístulas desenvolverem as técnicas descritas neste livro, estudarem os resultados obtidos, comunicarem os mesmos com clareza e, em seguida, trabalharem em conjunto para melhorarem as conclusões que afetam a vida destas pacientes, as mais infelizes das pacientes com fístula.

Molde uretral

Esta secção é analisada por razões históricas, uma vez que o molde uretral já não é fabricado, mas pode voltar a estar disponível, com algumas pessoas a utilizarem o cateterismo permanente com uma ponta ou um bloqueio para tentar reproduzi-lo.

O molde uretral é um dispositivo pequeno e simples que, como o nome sugere, se limita a moldar-se à uretra para impedir a saída de urina. (Figura 9.7) Pode ser utilizado em qualquer paciente que continue seriamente incomodada com a sua situação de incontinência.

Existem algumas pacientes em que os moldes não funcionam. Por norma, são pacientes com bexigas muito pequenas ou uretras muito largas.

O molde é introduzido na uretra com a ajuda de um introdutor. A paciente deve conseguir fazê-lo sozinha com bastante facilidade após algumas lições. Este procedimento pode ser facilitado com recurso a um espelho de mão pequeno. O introdutor é removido após a inserção e guardado num local seguro. Quando a paciente sentir urina na bexiga ou quando a urina começar a sair à volta do molde, o que muitas vezes indica que a bexiga está cheia, o molde é simplesmente puxado para fora da uretra. A urina acaba por escorrer. Depois de terminado o processo, o introdutor volta a ser colocado e o molde é novamente inserido na uretra.

Já vi casos de pacientes em que se verificou um aumento demonstrável do tamanho da bexiga ao longo do tempo. Quando tiveram alta, a bexiga tinha capacidade para 100 ml e estavam completamente molhadas. Mais tarde, voltaram com uma capacidade de 300 ml e já não usavam o molde, porque estavam continentas.

A utilização de moldes uretrais acarreta alguns riscos, nomeadamente infeção e trauma da uretra com hemorragia e dor. Para minimizar estes riscos, a paciente é aconselhada a usar o molde apenas 12 horas por dia: toda a noite ou todo o dia, mas não ambos.

Também foram registados casos de perda de moldes na bexiga. Quando não existia um cistoscópio cirúrgico disponível, o molde tinha de ser removido por cistotomia aberta.



Figura 9.7

a) O molde uretral (já não está disponível). b) Ensino de uma paciente a inserir o molde através de um espelho. c) Molde devidamente colocado.

O molde foi concebido para ser um dispositivo de utilização única, mas, devido aos custos inerentes, tal não é claramente possível no mundo em desenvolvimento. A paciente é ensinada a limpá-lo com sabão uma vez por dia e a enxaguá-lo depois de cada aplicação, para além de aumentar a quantidade de líquidos que bebe. Estes procedimentos reduzem a possibilidade de infeção, pelo que o molde pode durar até cerca de um mês com este regime. Se precisar de mais moldes, a paciente pode sempre voltar para efeitos de acompanhamento e avaliação.

Tendo em conta a escassez ao nível do fornecimento, tenho pacientes que utilizam de forma permanente os cateteres permanentes de Foley como alternativa. Estas têm os cateteres tapados com uma ponta (bloqueio) e, quando recebem alta, precisam de ir para casa com um fornecimento de cateteres, seringas para o balão e instruções válidas sobre limpeza, ingestão de líquidos e cuidados a ter com o cateter. Devem ir a um centro de saúde próximo para mudar o cateter todos os meses por forma a tentar evitar uma colonização crescente de corpos estranhos (com alguns dias de “descanso” entre a remoção do cateter e a sua substituição). Devem regressar à unidade de fístulas para controlos de seis em seis meses, aproximadamente. Nem todas as pacientes conseguem fazer isto em segurança e muitas pacientes não pretendem sequer fazê-lo.

Existem evidências empíricas de Adis Abeba, onde foram utilizados moldes durante alguns anos. Verificou-se que, passado algum tempo, os rins das pacientes apresentavam uma hidronefrose significativa. Não se sabe se esta situação já existia antes de as pacientes começarem a usar os moldes, mas não é descabido pensar que a obstrução da uretra pode levar a esta condição. Se a paciente usar o molde apenas 12 horas por dia, é de esperar que isso não aconteça. Se os moldes voltarem a ser utilizados ou se utilizar um cateter semipermanente com uma ponta, é boa ideia realizar uma ecografia antes de começar a utilizar os mesmos e depois, regularmente, no acompanhamento para ver se a hidronefrose começa a aparecer ou piora.

Documentação adicional

Browning A. A new technique for the surgical management of urinary incontinence after obstetric fistula repair. *Br J Obstet Gynaecol* 2006; **113**: 475–8.

Carey MP, Goh J, Fynes MM, Murray CJ. Stress urinary incontinence after delayed primary closure of genitourinary fistulae: a technique for surgical management. *Am J Obstet Gynecol* 2002; **186**: 948–53.

Goh J, Krause H. *Female Genital Tract Fistula*. Brisbane: University of Queensland Press, 2004.

Petros PEP, Williams G, Browning A. Post Vesico-vaginal Fistula Repair Incontinence - a new hypotheses and classification potentially guide prevention and cure. *Pelviperroneology* 2015; **34**: 48–50.

10 TRATAMENTO DE CASOS INOPERÁVEIS

Inevitavelmente, existem casos em que as lesões são tão extremas que nenhum cirurgião, por mais hábil que seja, pode tornar a paciente continente. A situação mais comum é a perda virtualmente completa do tecido da bexiga. (Figura 10.1) Ocasionalmente, uma paciente apresenta uma doença generalizada grave (por exemplo, um estado imunitário baixo) que torna a reparação inútil. Nos últimos tempos, temos visto cada vez mais fístulas resultantes de radioterapia, o que dá origem a um conjunto distinto de problemas.

Na maioria dos casos, a inoperabilidade é causada por múltiplos fatores, sendo o mais importante a falha de uma reparação anterior em combinação com uma uretra danificada, uma bexiga pequena e fibrose grave. Outras pacientes têm incontinência total após repetidas operações de esforço falhadas.

O que é que podemos oferecer a estas pacientes? Só existem duas opções possíveis: não fazer nada ou efetuar algum tipo de derivação urinária.

Antes de considerar qualquer um dos procedimentos possíveis, existem algumas questões sérias a ter em conta. Qualquer forma de derivação representa um procedimento de grande envergadura, com uma morbilidade imediata e a longo prazo significativa. É também irreversível. Pode existir uma pressão enorme sobre o cirurgião de fístulas para “fazer algo pela pobre mulher”, não só por parte da própria paciente, mas também por parte dos outros membros da equipa, que detestam ter de recusar uma paciente e dizer que não há mais nada a fazer. Os cirurgiões visitantes especializados em cirurgia pélvica no local de origem podem acreditar que conseguem contribuir com competências técnicas na realização de operações complexas. Apesar de todas as boas intenções, alguns têm feito mais mal do que bem. Já vi várias pacientes em África a quem cirurgiões bem-intencionados do Ocidente realizaram condutos ilíacos, sem se aperceberem de que não existem sacos de condutos ilíacos disponíveis no país da paciente, tendo o cirurgião acabado apenas por transferir a fístula da vagina para o abdómen. Muitas vezes, as pacientes ficam ainda mais infelizes e desesperadas. Um colega urologista e eu reduzimos estes condutos de acordo com o procedimento Mainz pouch II, deixando as pacientes felizes e secas. Claramente, a operação não foi discutida com as pacientes de forma adequada e prévia, nem o fornecimento de sacos foi devidamente pesquisado e assegurado.

Antes de efetuar uma derivação, é necessário satisfazer muitos critérios:

- O caso é verdadeiramente inoperável? Só um cirurgião especializado em fístulas que trabalhe regularmente com pacientes com fístula pode fazer essa avaliação. É claro que existem tão poucos cirurgiões qualificados que pode ser impossível para a paciente ser avaliada por um. Infelizmente, já vi muitas pacientes com uma derivação que apenas tinham uma fístula simples e muito curável.
- Será que a paciente e a família compreendem o que é proposto e será que os possíveis benefícios e riscos foram devidamente compreendidos? Muitas vezes, o cirurgião e a paciente estão separados por questões culturais e linguísticas. As condições sociais, as crenças, os costumes e os conhecimentos sobre o funcionamento do corpo humano podem ser incompreensíveis entre si. A melhor conselheira é uma paciente que já tenha sido submetida a uma cirurgia de derivação. Ela pode explicar o que significa viver com uma derivação no

contexto da paciente.

- Se estes obstáculos forem ultrapassados e a paciente consentir com a operação, será que as condições do bloco operatório e os cuidados pós-tratamento são suficientes para realizar uma cirurgia importante em segurança? Quem irá cuidar das poucas pacientes que, de forma inevitável, irão desenvolver algumas complicações potencialmente fatais se não houver um cirurgião disponível? Quem será responsável pelo acompanhamento de longo prazo?

Brian Hancock e eu acreditamos que existem circunstâncias em que os procedimentos de derivação são apropriados, mas só devem ser realizados por cirurgiões que trabalhem a longo prazo num país afetado por fístulas e que possam ser responsáveis pelos cuidados pós-tratamento e pelo acompanhamento das pacientes. Consideramos que os cirurgiões têm a obrigação de manter o acompanhamento e comunicar os resultados obtidos de forma honesta, uma vez que sabemos muito pouco sobre a qualidade de vida das pacientes após a realização de procedimentos de derivação. É muito tentador para os cirurgiões relatarem apenas os sucessos alcançados, mas quem trabalha com pacientes com fístula também precisa de conhecer os fracassos.

As possibilidades de derivação são aqui discutidas de forma resumida.

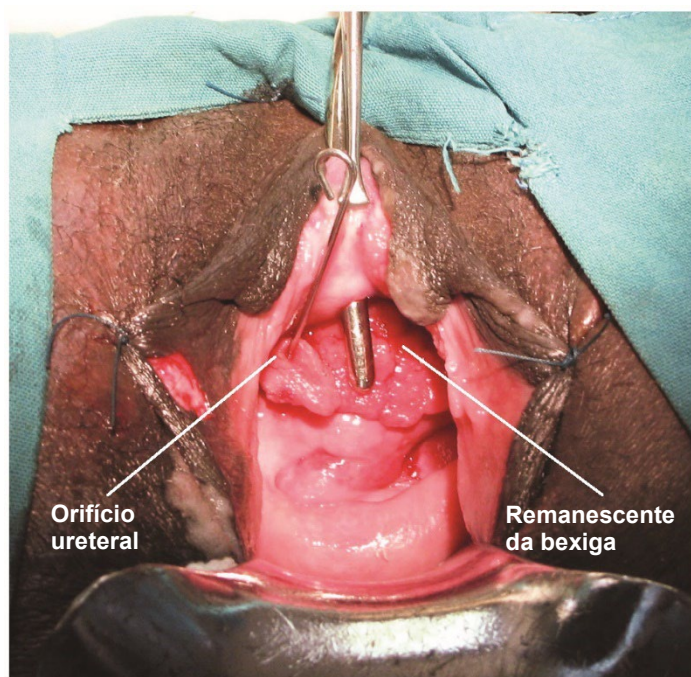


Figura 10.1

Uma paciente incurável. Resta apenas uma pequena placa rígida de tecido da bexiga. Mesmo que conseguisse fechar a fístula, a paciente nunca ficaria seca, com a capacidade da bexiga a ser quase nula. A paciente nunca ficaria continente.

O conduto ilíaco

Implica a utilização de um saco de urostomia para toda a vida. Este pode ser o procedimento de eleição nos países ocidentais, onde a derivação pode ser efetuada com baixa morbidade e os sacos de urostomia estão disponíveis gratuitamente. Nos países com menos recursos, este procedimento está totalmente fora de questão. A exceção é o Addis Ababa Fistula Hospital, que há muitos anos conta com os serviços de vários urologistas visitantes qualificados. Foram realizados muitos condutos ilíacos, com uma morbidade muito baixa.

As pacientes estão completamente secas, mas, como os sacos só podem ser fornecidos a partir do hospital, não podem regressar às suas casas em zonas remotas. Este problema foi parcialmente ultrapassado através da criação de uma aldeia separada, não muito longe do hospital, onde as pacientes podem viver. Esta situação não é a ideal, existindo ainda alguns problemas sociais a resolver. Algumas pacientes puderam voltar para casa com uma provisão de sacos, mas continuam a ter de regressar ao hospital para renovar a referida provisão. Mesmo quando estão nas respetivas aldeias, não podem deitar fora os sacos por medo que estes sejam vistos e por causa do estigma de serem “anormais”.

A bexiga ilíaca continente

Trata-se de uma operação importante de 5 a 6 horas que exige um grau de competência significativo. A vantagem reside na perspetiva de uma bolsa continente do intestino delgado ser esvaziada por autocateterismo intermitente através de um pequeno tubo de apêndice ou intestino direcionado para a pele. Este procedimento pode ocupar um lugar aceitável no mundo ocidental, mas está fora de questão em África, dada a sua complexidade e a morbilidade muito significativa, que exigiria uma atenção cirúrgica altamente qualificada. Como disse um urologista, mesmo com estas bexigas continentes, a mulher continua a ser paciente para toda a vida devido às complicações que podem ocorrer no futuro, em especial ao nível do aparecimento de estenoses no tubo até à pele.

O procedimento de Mitrofanoff

Este procedimento envolve a derivação dos ureteres para uma bolsa feita de ceco isolado e cólon ascendente. O apêndice é invertido e implantado na bolsa, sendo direcionado para a fossa ilíaca direita ou através do umbigo. A paciente esvazia a bolsa por autocateterismo através do apêndice.

Pode ser possível optar por uma abordagem alternativa se a uretra for irreparável, mas a bexiga for de bom tamanho. O colo da bexiga é fechado e o apêndice invertido é implantado na cúpula da bexiga.

Temos conhecimento de pacientes que tiveram uma boa qualidade de vida após a realização destes procedimentos, mas existe uma incidência significativa de problemas de estenose e difícil cateterismo. Se a paciente estiver longe de ajuda especializada, é um desastre. Mais uma vez, com esta operação, a mulher continua a ser paciente para toda a vida.

O procedimento Mainz pouch II

A derivação da urina para o intestino grosso tem alguns méritos. Este é o procedimento de derivação realizado com mais frequência, mas apenas existem relatos esporádicos de acompanhamento em África para nos orientar quanto à qualidade de vida. A operação pode tornar a paciente seca durante o dia e, muitas vezes, durante a noite, mas não é isenta de riscos de morbilidade e, até mesmo, mortalidade.

Tradicionalmente, o procedimento envolvia a anastomose dos ureteres para o cólon sigmoide. Nas últimas duas a três décadas, este procedimento foi modificado através da criação de uma bolsa de cólon sigmoide por anastomose de duas alças (o método Mainz pouch II). Desta forma, é criado um reservatório de baixa pressão, diminuindo assim a frequência da passagem de urina

pelo reto e reduzindo provavelmente a quantidade de refluxo nos ureteres. Também parece diminuir o aparecimento de adenocarcinomas que costumávamos ver na ureterossigmoidostomia direta. Substituída agora pelo procedimento Mainz pouch II, a implantação direta não deve continuar a ser realizada.

É evidente que a paciente irá urinar através do reto para o resto da vida e deverá ter um mecanismo de continência anorretal quase perfeito. Também deve ter rins razoavelmente funcionais. Verifique a ureia e a creatinina antes da operação e certifique-se de que apresentam valores normais. Para verificar os mecanismos de continência anorretal, é necessário assegurar quatro componentes necessários para uma continência anal completa: dois motores e dois sensoriais.

Do lado motor, o esfíncter interno deve estar intacto. A sua função passa por manter o canal anal fechado, em repouso. Mais importante é a existência de um complexo esfíncteriano externo funcional. Nos países desenvolvidos, é bem conhecido que a lesão oculta (detetada por ecografias e estudos eletromiográficos) ocorre com bastante frequência após o parto normal, o que pode estar relacionado com a duração da segunda etapa e o tamanho do bebê. Por norma, é assintomática, embora mais tarde na vida possa predispor a incontinência fecal ou prolapso retal. Não se sabe se isto ocorre no contexto africano, mas seria razoável assumir que sim. Mais óbvias são as lacerações evidentes do esfíncter e, mesmo depois de uma reparação competente, cerca de 20% das pacientes apresentam defeitos sintomáticos ao nível da continência. Uma reparação prévia pode excluir esta opção de derivação.

Do ponto de vista sensorial, a sensação somática do epitélio dos dois terços inferiores do canal anal fornece uma discriminação precisa da natureza do conteúdo retal (gás, líquido ou sólido), enquanto os recetores de estiramento do complexo levantador do ânus fornecem informações sobre a extensão da distensão no reto. Ambos os componentes podem ser danificados pelo trabalho de parto prolongado, quer por uma neuropatia por tração do nervo pudendo, quer por isquemia do plexo sacral e fibrose no complexo levantador.

Um grau de anestesia em sela e a ausência de reflexo anal podem ser encontrados com mais frequência do que o esperado se forem especificamente procurados logo após um parto prolongado em pacientes com fístula. Foi registado um relato de defeitos de continência anal que foram detetados inesperadamente durante um estudo de incontinência urinária pós-operatória.

Este tema necessita de um estudo mais objetivo. Na prática, é possível avaliar a qualidade da função do esfíncter através da avaliação do tônus anal em repouso (maioritariamente contribuído pelo esfíncter interno) e da pressão de compressão (contribuída pelo esfíncter anal externo) durante o exame retal digital. No entanto, na prática, é melhor testar a função antes de efetuar uma operação de derivação. Para testar o esfíncter anal, pode encher o reto com cerca de 300 cm³ de solução salina com corante para garantir que a paciente consegue mantê-la durante algumas horas. Não utilize uma solução salina sem corante, porque a paciente estará molhada por causa da fístula ou da uretra e ficará sem saber se a humidade do penso ou da roupa se deve à bexiga ou ao líquido no reto. Faça com que ela ande durante duas horas com um penso. Com este teste, a paciente deverá ficar seca durante, pelo menos, 2 horas. Se não for esse o caso e houver uma perda de corante azul no penso, é provável que existam perdas através do ânus quando a operação for efetuada. Nesse caso, a paciente não é candidata à operação.

Mesmo que a paciente passe no teste, deve ser avisada de que poderá ter perdas pelo ânus durante a noite, quando o esfíncter relaxa. Também é de notar que temos várias pacientes que regressam cerca de 10 a 20 anos depois de um procedimento Mainz pouch II e que agora urinam pelo ânus à noite e, por vezes, também durante o dia. À medida que a idade avança, o laxismo e a fraqueza dos tecidos aumenta.

As pacientes devem ser alertadas para este facto, mas muitas vezes não compreendem bem algo poderá vir a acontecer daqui a 20 anos.

Efetuar uma derivação do cólon numa paciente com uma fistula retovaginal não detetada ou com um mecanismo de continência defeituoso é um verdadeiro desastre (Figura 10.2), fazendo com que a paciente passe a ter perdas de urina e fezes em simultâneo. Verifique sempre a existência de uma fistula retal antes de considerar esta operação.

A melhor revisão a longo prazo dos resultados obtidos na Europa e na América destaca uma série de aspetos negativos, que podem não ser passíveis de deteção ou tratamento em África:

- Trata-se de uma ***cirurgia importante***, com um risco pequeno, mas significativo de morbilidade ou mortalidade imediata.
- ***Distúrbios ácido-base.*** Os iões de cloreto e hidrogénio destinados a serem excretados na urina são reabsorvidos, em certa medida, pela mucosa do cólon. Desde que a função renal seja normal, a paciente pode não sofrer qualquer dano, embora algumas pacientes acabem por desenvolver acidose hiperclorémica, que pode ser assintomática durante algum tempo, mas acabará por levar ao enfraquecimento dos ossos e à insuficiência renal. Qualquer insuficiência renal pré-existente ou infeção renal repetida acaba por acelerar esta deterioração. A deteção precoce do distúrbio eletrolítico é importante, uma vez que é possível mitigar uma possível deterioração acrescida através da toma regular de bicarbonato de sódio. Isto implica a medição do equilíbrio ácido-base, uma vez que as alterações no sódio e no potássio são indicadores tardios do problema. As instalações que visam a medição dos níveis de bicarbonato são raras em África. Com base em estudos efetuados na Europa e na América, pensa-se que, pelo menos, 50% das pacientes apresentem sinais de acidose ligeira na análise efetuada 1 ano após a operação, sendo estas pacientes aconselhadas a tomar regularmente agentes alcalinizantes (bicarbonato de sódio). Em algumas pacientes, pode existir uma insuficiência renal pré-existente na sequência da obstrução ureteral crónica. Uma creatinina elevada ou hidronefrose bilateral constitui uma contraindicação para a derivação. Por conseguinte, é importante analisar a função renal da paciente antes de considerar uma operação de derivação. A paciente deve apresentar uma função renal normal. Por si só, a hidronefrose não constitui uma contraindicação, desde que a função renal seja normal.
- ***Infeção renal.*** A ocorrência de uma infeção urinária recorrente é uma possibilidade. A sua incidência foi maior na implantação direta dos ureteres no sigmoide, mas é reduzida pela criação de uma bolsa de baixa pressão, sendo predisposta por uma eventual estenose na anastomose uretero-colónica. Assim sendo, a adoção de uma boa técnica na cirurgia é fundamental para o resultado subsequente. No entanto, a estenose suficientemente grave para exigir uma cirurgia corretiva pode ocorrer num máximo de 5% dos casos, mesmo em mãos experientes (detetada pela dilatação progressiva do trato renal em ecografias. É importante notar que a dilatação podia já estar presente na altura da operação de derivação. É útil realizar uma ecografia de base antes da operação para medir um eventual hidroureter e/ou hidronefrose.)
- A derivação da urina para o cólon predispõe ao ***desenvolvimento de carcinoma do cólon***.

Este atinge níveis significativos (cerca de 20%) 20 anos após a realização de uma ureterossigmoidostomia direta convencional. Pensa-se que o procedimento Mainz pouch II reduz o risco. Nos países desenvolvidos, a paciente é submetida a uma colonoscopia regular ao fim de 10 anos.

Existem vários cirurgiões a trabalhar a tempo inteiro em África que realizam a derivação do tipo Mainz em pacientes selecionadas. Estão disponíveis para tratar eventuais complicações e fazer o acompanhamento, e estão satisfeitos com a melhoria da qualidade de vida, pelo menos a curto prazo. Dois relatórios encorajadores sobre a utilização da derivação do tipo Mainz tiveram origem na Tanzânia.

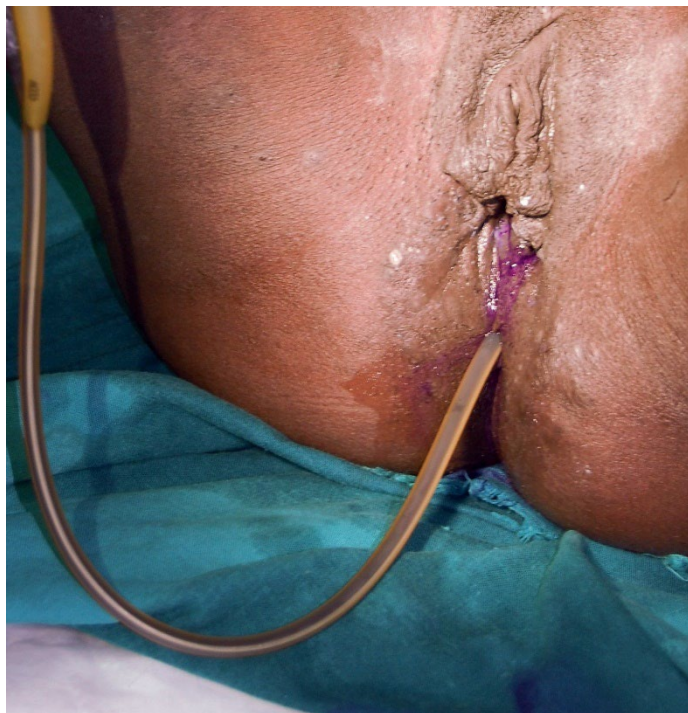


Figura 10.2

Esta paciente estava a ser preparada para uma operação de derivação do tipo Mainz pouch II, porque tinha uma fistula incurável. O teste de coloração retal revelou uma fistula retovaginal pequena e insuspeita numa determinada cicatriz. Trata-se de uma contraindicação absoluta para um procedimento Mainz pouch II. É necessário reparar e curar primeiro uma FRV antes de considerar a derivação.

Recomendamos a adoção de uma abordagem cautelosa perante a derivação, dando pleno valor a uma avaliação física completa em termos de adequação e a uma discussão exaustiva de todos os benefícios e riscos inerentes. A paciente nunca deve ser pressionada para ser submetida a uma operação. Pelo contrário, deve tomar uma decisão informada e a sua decisão deve ser respeitada. A operação pode ser aceitável para o cirurgião, mas será aceitável para a paciente? Curiosamente, na Tanzânia, só realizei cinco derivações do tipo Mainz II nos últimos oito anos, apesar de existirem mais casos adequados. Quando a operação foi explicada às potenciais candidatas, muitas responderam: “Não quero ser como uma galinha a urinar e a defecar ao mesmo tempo” e recusaram a operação. Muito bem!

Depois de uma discussão completa sobre a situação, algumas pacientes optam por ficar como estão. Outras podem preferir o risco de ter uma melhor qualidade de vida à custa de uma morbilidade posterior e uma esperança de vida reduzida. Já vi várias pacientes que, após um acompanhamento a curto prazo, se mostraram muito satisfeitas por terem optado pela derivação. Já vi pacientes no Uganda que viveram com uma derivação do tipo Mainz pouch II

durante 10 a 15 anos e continuam satisfeitas, embora, à medida que envelhecem, a quantidade de perdas que têm durante a noite tenha aumentado. Efetuei uma plicatura simples do esfíncter anal que as ajudou durante alguns anos, mas depois o problema voltou a surgir.

A incontinência permanente não é uma situação feliz, mas talvez a imagem tenha sido colorida por relatos da rejeição total que ocorre em algumas comunidades. Noutras comunidades, sabemos que a paciente incontinente nem sempre é tratada como pária. Muitas pacientes são tratadas por famílias carinhosas e até pelos maridos, e conseguem viver com alguma dignidade.

O procedimento Mainz pouch II

O procedimento conforme é realizado pelos cirurgiões do método Mainz envolve a anastomose de três membros do cólon sigmoide em forma de “S”, mas a maioria dos cirurgiões em África tem optado por uma anastomose mais simples de dois membros. (Figura 10.3) A versão mais simples do procedimento Mainz pouch II é agora descrita e ilustrada na Figura 10.4. Recomendamos que qualquer pessoa que contemple este procedimento assista primeiro a um cirurgião de bolsa regular.

A paciente deve ser levada para o bloco operatório com o reto vazio. Para isso, deve seguir uma dieta líquida pré-operatória, realizar um enema ou, o melhor de tudo, tomar um laxante osmótico como o picossulfato de sódio (Picolax) ou o manitol. No início da operação, são administradas por via intravenosa doses únicas de gentamicina de 160 mg e metronidazol de 500 mg.

Alguns cirurgiões preferem remover os cateteres ureterais do ânus através de um tubo retal previamente inserido. Da nossa parte, preferimos utilizar apenas um cateter de Foley grande colocado no reto no início da operação e enfiar os cateteres ureterais através do mesmo durante a operação, certificando-nos de que os cateteres ureterais são vistos fora do ânus antes de fechar a bolsa. Para isso, é necessário passar por baixo dos campos durante a operação e puxar o cateter de Foley com os ureteres e, em seguida, voltar a colocar o cateter de Foley através do ânus e do reto e dentro da bolsa, de modo a que os ureteres fiquem ambos no lugar, desde o rim até ao exterior do ânus. O cateter de Foley permanece durante alguns dias até a paciente andar de um lado para o outro e conseguir urinar sozinha através do reto. A maior parte da urina é drenada através dos cateteres ureterais até estes serem removidos por volta do sétimo dia de pós-operatório.

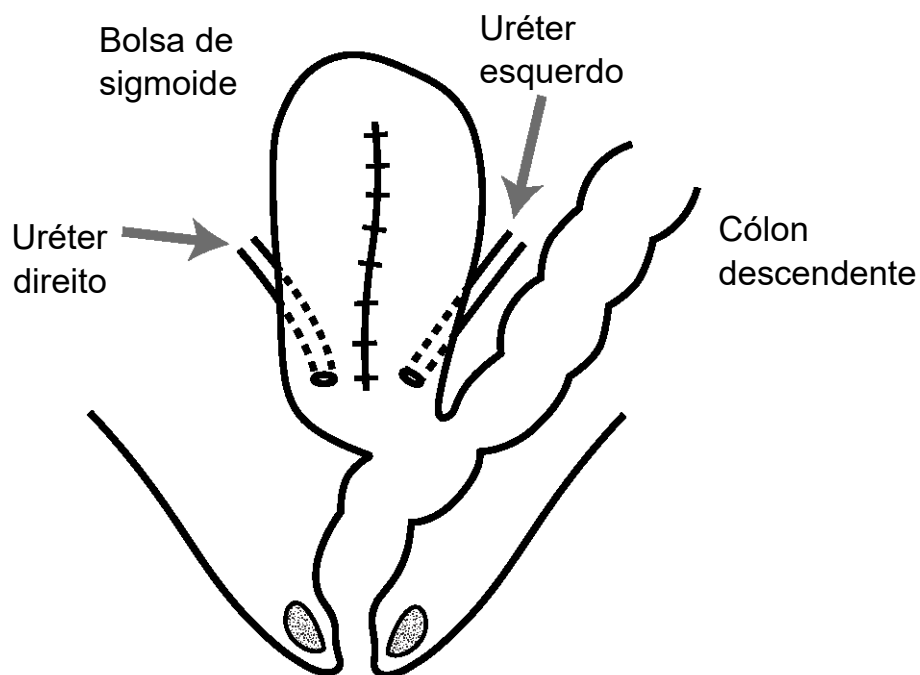


Figura 10.3

O conceito do procedimento Mainz pouch II consiste em criar uma bolsa de sigmoide e introduzir os ureteres na bolsa. A urina irá passara através do ânus.

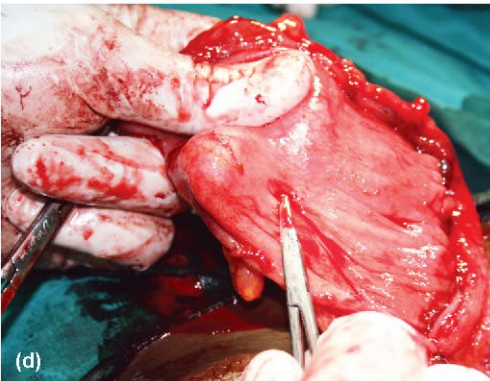
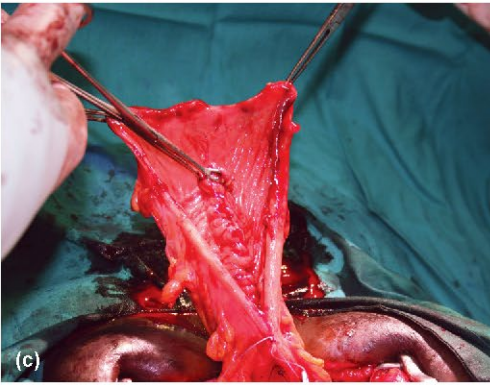
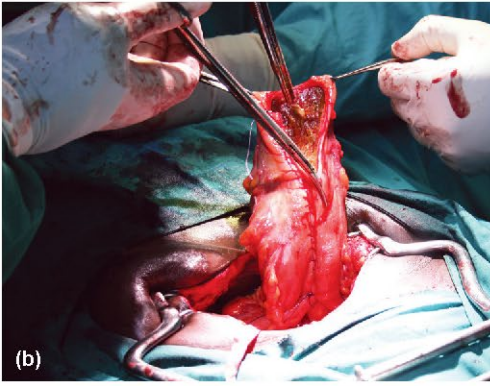
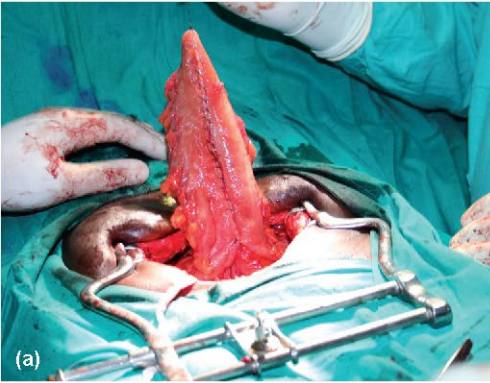


Figura 10.4

Procedimento Mainz pouch II. a) O primeiro passo consiste em localizar os ureteres e assegurar que consegue identificar e mobilizar os mesmos. Antes de cortar os ureteres, certifique-se de que consegue criar uma bolsa de sigmoide adequada. A alça é formada, sendo suturada uma faixa de 10 cm ao longo da taenia coli de cada lado. Este procedimento permite criar a parede posterior da bolsa. Certifique-se de que sutura na extremidade da taenia, uma vez que terá de cortar ao longo do meio da mesma.

b) Corte ao longo do meio da taenia de cada lado da linha de sutura, à volta do topo e em sentido descendente até ao início da linha de sutura. Deixe uma parede intestinal suficiente para colocar uma segunda camada na linha de sutura que acabou de criar. É evidente que o intestino desta paciente não estava bem preparado.

c) A segunda camada de sutura está agora completa na parede posterior da bolsa.

d) É efetuado um orifício na parede posterior para introduzir o uréter direito.

Continuação

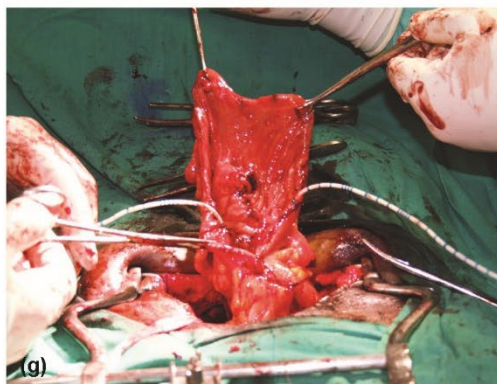
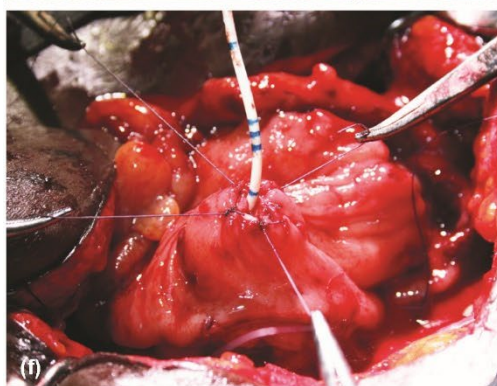
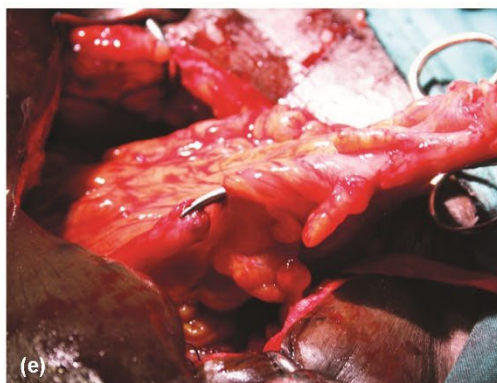


Figura 10.4 (continuação)

e) Introdução do uréter direito na bolsa (prefiro não agarrar e esmagar a extremidade do uréter desta forma, mas sim colocar uma sutura fina através da parede do uréter e manipular o uréter agarrando a sutura).

f) O uréter é espatulado e fixado no interior da bolsa.

g) O mesmo é feito para o uréter esquerdo. Certifique-se de que o uréter se encontra no lado medial do mesocólon do sigmoide antes de o implantar. Poderá ser necessário criar um túnel através do mesmo.

h) Enfie os cateteres ureterais através do tubo retal que foi introduzido no reto alto/sigmoide antes do início da operação. Remova os ureteres através do ânus antes de suturar o resto da bolsa. Certifique-se de que os mesmos não estão deslocados.

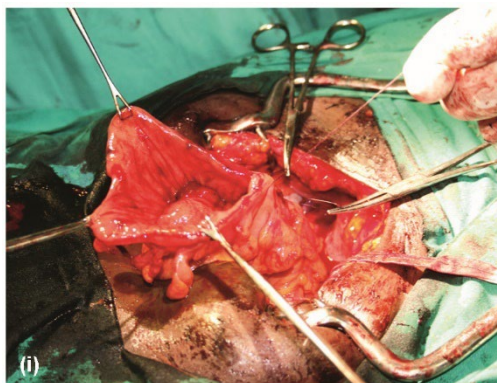
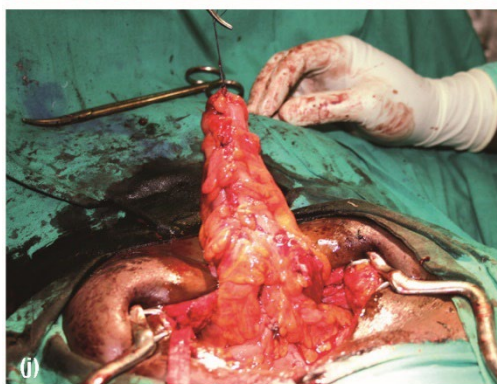


Figura 10.4 (continuação)

i) A parede anterior da bolsa está pronta para ser suturada.



j) O reto é reparado em duas camadas.

Documentação adicional

Aboud MM. Early outcome of Mainz Pouch 2 urinary diversion. *East Central Afr J Surg* 2001; **6(2)**: 15–19.

Aboud MM, Eshleman JL, Mteta KA, Mbwambo JS, Oyieko W. An 18-year review of types of continent urinary diversion applicable to the lesser developed regions of Africa. *East Central Afr J Surg* 2000; **5(1)**: 17–20.

D'elia G, Pahernik S, Fisch M, Hohenfellner R, Thuroff JW. Mainz Pouch II technique: 10 years' experience. *BJU Int* 2004; **93**: 1037–42.

Hodges AM. The Mitrofanoff urinary diversion for complex vesicovaginal fistulae: experience from Uganda. *BJU Int* 1999; **106**: 1227–8.

Murray C, Goh J, Fynes M, Carey MP. Urinary and faecal incontinence following delayed primary repair of obstetric fistula. *Br J Obstet Gynaecol* 2002; **109**: 828–32.

Wall LL, Arrowsmith SD, Lassey AT, Danso K. Humanitarian ventures or 'fistula tourism?': the ethical perils of pelvic surgery in the developing world. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006; **17**: 559–62.

11 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

PÓS-OPERATÓRIOS DAS PACIENTES COM FÍSTULA

Qualquer operação bem-sucedida pode ser arruinada por uma negligência nos cuidados pós-operatórios. Compete ao cirurgião assegurar que os enfermeiros e os prestadores de cuidados saibam o que é necessário fazer. Na realidade, os enfermeiros são escassos e podem não estar familiarizados com a reparação de fístulas, pelo que os cuidados pós-operatórios devem ser tão simples quanto possível.

A paciente deve estar sempre:

- Seca
- A beber
- A drenar

Estado de secura

Existem várias causas possíveis para a humidade:

- O cateter está bloqueado.
- A reparação falhou.
- Existe uma perda uretral.
- Não foi detetada a existência de uma segunda fístula, seja ela vesical ou ureteral.

Cateter bloqueado

Esta situação é grave, mas pode ser facilmente resolvida (consulte abaixo a secção Drenagem). Deve ser pouco frequente se a paciente ingerir muitos líquidos, a não ser que o cateter esteja apenas dobrado.

Falha de reparação

Deve ser muito improvável se o cirurgião tiver seleccionado um caso simples e o tiver reparado bem. Em caso de dúvida, deverá ser realizado um teste de coloração.

Perda uretral

Para além da drenagem através do cateter, a urina pode, por vezes, vaziar ao longo do cateter. Isto é mais comum se, para além do cateter de Foley, também forem colocados cateteres ureterais, uma vez que existem três tubos na uretra, a abri-la com um stent. Por norma, a situação fica resolvida quando os cateteres ureterais são removidos. Se a paciente tiver perdas à volta do cateter e tiver apenas o cateter de Foley colocado, isso pode sugerir que a uretra não está a funcionar corretamente. O sintoma típico reside no facto de a paciente se sentir molhada quando está de pé ou a andar, mas não quando está deitada.

Uma inspeção cuidadosa da uretra durante a irrigação da bexiga permite identificar o problema. Infelizmente, não há muito a fazer e, por norma, indica que a paciente terá incontinência uretral ou de esforço quando o cateter for removido.

Por vezes, as pacientes podem queixar-se de cólicas abdominais inferiores acompanhadas de humidade. Isto sugere a existência de espasmos na bexiga que produzem uma perda à volta do cateter. Tranquelize a paciente, uma vez que estes espasmos são sempre resolvidos de forma espontânea. O butilbrometo de hioscina (Buscopan) pode ajudar, embora a sua ação na bexiga seja reduzida. Se estiver disponível, a oxibutinina funciona muito melhor. A amitriptilina como anticolinérgico é uma boa alternativa à oxibutinina, se esta não estiver disponível.

Segunda fístula perdida: ureteral ou vesical

Durante a operação, é possível que a existência de uma segunda fístula tenha escapado. Uma fístula vesicovaginal simples e baixa pode coexistir com uma fístula intracervical ou ureteral (esta última pode ser iatrogénica, resultante de uma cesariana ou uma histerectomia por rutura do útero). Note que a realização de um teste de coloração no final da reparação deve revelar a fístula cervical (a não ser que esta seja minúscula) (Figura 11.1), mas não mostra a existência de uma perda ureteral. Se a paciente estiver definitivamente molhada da vagina e o teste de coloração for negativo, é melhor levá-la de novo para o bloco operatório e examiná-la sob sedação ligeira para realizar outro teste de coloração e excluir a existência de uma fístula ureteral. Uma fístula ureteral é facilmente curada através de uma segunda operação que vise implantar o uréter afetado na bexiga.

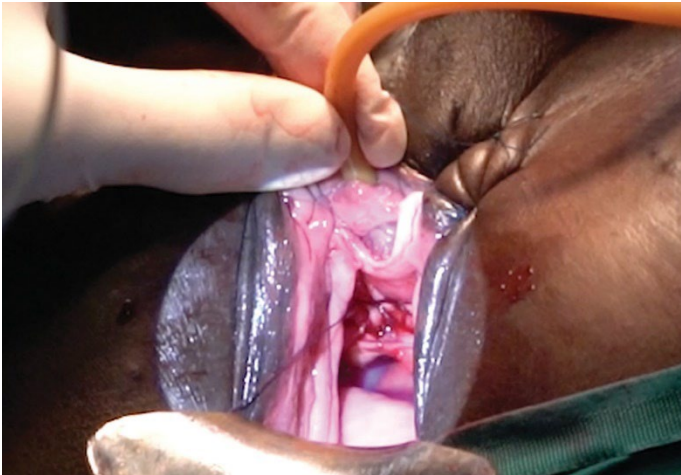


Figura 11.1

O teste de coloração realizado no bloco operatório revelou a existência de uma segunda fístula intracervical alta depois de uma fístula distal ter sido fechada. Este facto poderia facilmente ter passado despercebido, encontrando-se a paciente molhada na enfermaria mais tarde.

Consumo de bebidas

Recomenda-se uma ingestão elevada de líquidos. Esta deve ter início antes da operação e continuar até depois da remoção do cateter. Muitas pacientes podem demonstrar relutância em beber. Estão habituadas a beber pouco para reduzir a humidade. Podem ter receio de beber demasiado e que isso estrague a reparação. Devem ser asseguradas de que não é esse o caso.

A urina concentrada predispõe à infeção urinária e à acumulação de detritos, o que predispõe à existência de bloqueios.

A ingestão de bebidas pode ter início assim que a paciente regressa do bloco operatório, caso tenha sido submetida a uma anestesia espinal, e a linha intravenosa pode ser descontinuada na mesma noite, desde que a paciente esteja a beber adequadamente. A paciente deve permanecer deitada durante 24 horas para reduzir o risco de cefaleias pós-espinais. (Figura 11.2)

Não é necessário registar a produção de urina, exceto no período pós-operatório imediato. Com o método de drenagem aberta, é fácil ver de relance se a paciente está a beber o suficiente. Analise as gotas e observe a cor. (Figuras 11.3) Por norma, costumo ensinar as pacientes a beberem água suficiente para que a urina expelida seja da mesma cor que a água que entra.



Figura 11.2

A paciente é encorajada a ficar deitada na cama até ao dia seguinte à operação. Isto ajuda a reduzir a possibilidade de cefaleias espinais.

Uma palavra de aviso

Ocasionalmente, uma paciente pode levar este conselho ao exagero e beber demasiado. Isto pode levar a uma intoxicação por água com hiponatremia. Esta situação apresenta-se como um estado de confusão e coma, podendo mesmo levar à morte. Em caso de suspeita, a paciente deve ser tratada com uma solução salina a 0,9% (hipertónica, se disponível) e furosemida para promover a diurese.

Drenagem

A drenagem livre da urina depende de cuidados adequados com o cateter. Se um cateter bloquear, a urina pode passar ao longo do mesmo ou, muito pior, a bexiga pode encher, a pressão aumenta e a urina acaba por encontrar um caminho através da reparação. Nesse caso, estão criadas as condições ideais para o fracasso.

Princípios dos cuidados com o cateter

- Nada deve puxar o cateter.
- O cateter não deve ficar bloqueado ou cair.

O cateter pode ser fixado no bloco operatório com uma sutura ao monte púbico ou com fitas adesivas ao abdómen. O local da sutura ao cateter de Foley torna-se doloroso ao fim de alguns dias, pelo que prefiro utilizar fita adesiva. É difícil encontrar fitas adesivas de boa qualidade, sendo necessário substituí-las regularmente. Lembre-se de que muitas mulheres usam vaselina na pele, o que impossibilita a fixação da fita. É necessário limpá-la primeiro.



Figura 11.3

a) Paciente sentada na cama a beber. É possível ver de imediato a cor clara da urina no tubo de drenagem e a urina a pingar para a bacia. b) Urina concentrada cheia de detritos pós-operatórios que constituem um risco de bloqueio do cateter. Estes detritos devem ser facilmente eliminados através da ingestão de muitos líquidos. c) Esta urina está demasiado concentrada e a paciente deve ser incentivada a beber mais. d) Por norma, costumo dizer à paciente para beber água suficiente para deixar a urina da mesma cor da água que está a beber.

O princípio da fixação do cateter consiste em evitar a tração acidental do cateter quando a paciente é transferida do bloco operatório para a enfermaria e noutras alturas em que se movimenta na cama e anda de um lado para o outro. A tração pode puxar o balão do cateter contra o colo da bexiga e a reparação da fístula. Algumas pessoas preferem prendê-lo com fita adesiva à coxa. A fixação à coxa sai com frequência, além de o cateter poder ficar dobrado quando a paciente se vira. Além disso, se o cateter estiver preso à coxa, será puxado e mover-se-á a cada passo quando a paciente der, puxando o balão do cateter contra a reparação da fístula no interior da bexiga, podendo causar-lhe danos. Outra alternativa passa por fixar o cateter ao abdómen na linha média. (Figura 11.4) Note que deve existir uma folga no cateter entre o orifício uretral e a fixação. Certifique-se de que o saco de urina se situa abaixo do nível da bexiga para garantir que o cateter está a drenar para o saco. Se o saco de urina estiver mais alto do que a bexiga, a urina irá simplesmente escorrer do saco para a bexiga, enchendo-a.

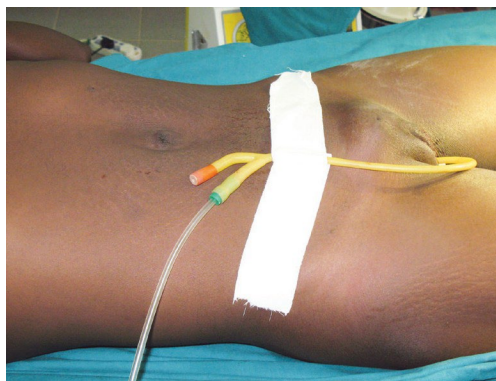


Figura 11.4

O cateter preso na linha média. Note que a fita está apertada entre o cateter e a pele e que existe alguma folga no cateter entre a fita e a bexiga para garantir que o mesmo não é puxado.

Sacos de drenagem ou não?

A drenagem fechada é ideal, mas requer cuidados de enfermagem vigilantes e sacos de boa qualidade. (Figura 11.5a). De acordo com a nossa experiência, o principal problema reside no facto de os sacos poderem ficar demasiado cheios, especialmente à noite (Figura 11.5b), quando os enfermeiros são escassos e a sua ação é prejudicada por falhas de energia frequentes. Outro problema comum incide no facto de o saco do cateter ficar no chão ao lado da cama durante a noite. O tubo que liga o saco ao cateter de Foley é, muitas vezes, curto e o peso do saco de urina no chão acaba por puxar o cateter de Foley.

A menos que seja certo que o pessoal pode cuidar de um saco drenável, recomendamos a adoção de uma alternativa simples.



Figura 11.5

a) Um saco de cateter caro com um tubo comprido. Estes raramente estão disponíveis. b) O saco de urina comumente disponível. Repare que o tubo é curto e o saco está cheio. O saco estará a puxar o cateter e pode encher demasiado.

A opção mais simples e segura passa pela drenagem aberta com cateter. O cateter é ligado a um tubo de plástico e drena diretamente para uma bacia posicionada debaixo da cama (Figura 11.6). A paciente pode mover-se livremente na cama, não existindo nada a puxar o cateter. Os gotejamentos permitem ver que a urina está a ser drenada, havendo pouco que pode correr mal durante a noite. Esta é uma consideração importante ao tratar até 60 pacientes ao mesmo tempo, como acontece nalgumas das nossas sessões de trabalho.

Se a produção de urina for elevada, a infeção não parece ser um problema.



Figura 11.6

a) e b) Sistema de drenagem aberto. Pouco pode correr mal durante a noite.

Cateter bloqueado

Trata-se de uma emergência, uma vez que pode levar à falha da reparação! Os sintomas e sinais de um cateter bloqueado são os seguintes:

- A paciente sente a bexiga cheia.
- Está molhada (devido a perdas à volta do cateter ou através da reparação, caso já tenha rompido).
- A urina deixa de pingar para a bacia. Esta situação não seria notada durante algum tempo nos casos de drenagem fechada.

Devem ser tomadas medidas de imediato.

- Examine o cateter. (Figura 11.7) De acordo com a nossa experiência, um cateter torcido ou dobrado é a causa mais comum para a interrupção da drenagem. É necessária uma vigilância constante por parte da paciente e do pessoal.
- Examine a paciente. A bexiga é palpável? Em caso afirmativo, desbloqueie de imediato o cateter através de irrigação suave com uma solução salina numa seringa de bexiga. Só é necessário um máximo de 20 cm³. Se a bexiga for pequena, existe o perigo de exagerar. Se isto não resultar, mude o cateter. Muitas vezes, verifica-se que está bloqueado. (Figura 11.8)
- Em caso de dúvida sobre a drenagem, irrigue sempre ou mude inclusivamente o cateter.

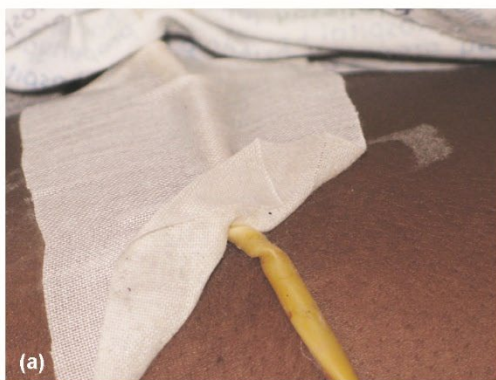


Figura 11.7

a) Um cateter torcido na origem de um bloqueio. b) e c) Um cateter dobrado, mais uma vez na origem de um bloqueio. Note que em c) a urina está concentrada e contém detritos. Por si só, estes podem bloquear um cateter. A paciente tem de beber mais líquidos.



Figura 11.8

Um coágulo de sangue estava a bloquear o cateter. Conseguíamos introduzir o líquido de irrigação, mas não conseguíamos extrair nada. O coágulo estava a atuar como uma válvula no cateter. Foi necessário mudar o cateter.

Manutenção de registos

Mantenha um registo simples da operação da paciente e um plano de cuidados pós-operatórios aos pés da cama ou na parede, onde possa ser facilmente visto por todos. (Figura 11.9) Quando existem muitas pacientes na enfermaria, é impossível lembrar-se da operação que fez a cada uma delas sem ter de consultar as notas. Esta simples tabela situada aos pés da cama, que inclui um diagrama da operação, permite conhecer as pacientes num ápice.

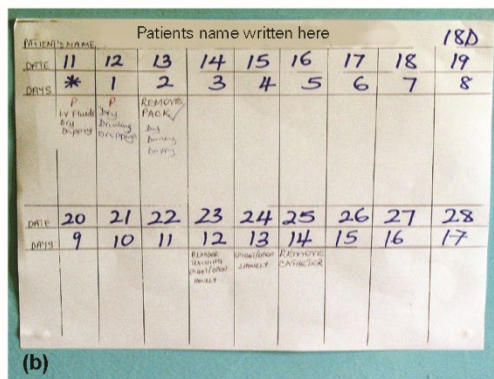
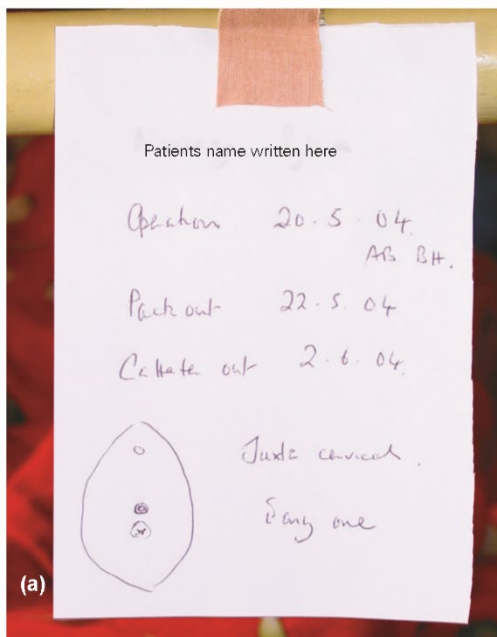


Figura 11.9

a) e b) Este sistema é utilizado há anos em Kitovu, no Uganda. Estes registos são colocados aos pés da cama e são facilmente visíveis. Quando existem muitas pacientes na enfermaria, é possível saber num ápice a que tipo de operação foi submetida a paciente, o que é necessário fazer do ponto de vista da enfermagem nesse dia e o estado “DDD” da paciente.

Outros aspetos dos cuidados pós-operatórios

Tampão vaginal

O tampão vaginal deve ser removido no dia 1 (o dia da operação é o dia 0). Provavelmente não é necessário usar um tampão se o campo cirúrgico estiver realmente seco, mas, na prática, é frequente haver alguma exsudação até ao final da operação, podendo tornar-se mais pronunciada quando o efeito da anestesia espinal (que causa pressão arterial baixa) e qualquer infiltração de adrenalina passarem e a paciente sair da posição de Trendelenburg. A maioria dos cirurgiões fica mais satisfeita por utilizar um tampão como um penso de pressão suave, mas é importante ter consciência de que um tampão vaginal pode atrasar o reconhecimento de uma hemorragia profunda na vagina, pelo que faço sempre um tampão razoavelmente firme. Certifique-se de que tem um pouco de vaselina ou algo do género para evitar que fique colado quando o remover.

Higiene perineal

Recomenda-se a lavagem perineal duas vezes por dia, a começar no momento em que o tampão é removido no primeiro dia de pós-operatório. A paciente é incentivada a manter o períneo limpo e seco.

Cateteres ureterais

A maioria dos cateteres utilizados para proteger os ureteres será removida no final da operação. Se, no entanto, a reparação tiver sido efetuada muito perto de um orifício ureteral ou se o uréter tiver sido reimplantado na bexiga, pode haver um edema significativo à volta do uréter. O cirurgião pode exigir que o cateter ureteral seja deixado no local para evitar a obstrução do rim devido ao edema que se forma à volta do local da operação durante o processo de cicatrização.

O cateter é removido de acordo com as instruções do cirurgião, normalmente entre o quinto e o sétimo dia de pós-operatório, mas, por vezes, pode ser removido apenas após 10 dias.

Em termos gerais, costumo remover os cateteres ureterais no final da operação se estiverem a mais de 2 cm da extremidade da fístula. Se estiverem a 1-2 cm de distância, costumo removê-los no dia 3 e, se estiverem a menos de 1 cm, removo-os no dia 5-7. Se estiverem na extremidade, são removidos no dia 7. Se o uréter tiver sido reimplantado, é removido no dia 7-10. Antes de remover o cateter, lembre-se de remover a sutura que está a fixá-lo.

O(s) cateter(es) pode(m) ser deixado(s) a drenar para um frasco separado (Figura 11.10a), mas este processo dificulta a mobilidade precoce. Dois outros métodos mais convenientes são ilustrados na Figura 11.10b, c.



Figura 11.10

a) Um método de drenagem dos cateteres ureterais: diretamente para um frasco. b) Outro método consiste em efetuar um orifício no cateter de Foley com um bisturi e empurrar o cateter ureteral através do mesmo, drenando todos os cateteres em conjunto. c) Outro método consiste em efetuar um orifício na tampa do tubo de drenagem (costumo utilizar a ponta afiada de uma pinça para campos cirúrgicos) e enfiar o cateter ureteral através do mesmo e no saco de urina. É necessário fixá-lo com fita adesiva. A maioria dos métodos acaba por provocar perdas o que pode perturbar a paciente. É necessário tranquilizá-la.

Mobilização

A paciente pode sair da cama após a remoção do tampão vaginal na manhã seguinte à operação. Se tiver uma drenagem aberta, pode utilizar um balde para recolher a urina e transportá-lo consigo. (Figura 11.11) Este procedimento funciona na perfeição, mas é essencial que a paciente continue a beber muitos líquidos. Se a paciente tiver um saco de urina, deve ser instruída no sentido de manter o saco abaixo do nível da bexiga enquanto anda, caso contrário a urina voltará a escorrer para a bexiga, enchendo-a demasiado.

Remoção do cateter

Foram realizados alguns estudos com o intuito de determinar o momento ideal para remover o cateter da bexiga. Tradicionalmente, a maioria dos cirurgiões deixa o cateter durante 14 dias após as reparações de fístula, mas dois estudos mostraram que 10 dias são suficientes. Um estudo de maior dimensão mostrou que a remoção ao sétimo dia após a operação pode ser segura, mas, curiosamente, muitas pacientes tiveram uma deiscência entre os dias 7 e 10. O tratamento para o problema consiste em substituir o cateter, pelo que as pacientes devem permanecer no hospital para passarem por este “período de perigo”.



Figura 11.11

Pacientes de pé e a circular com os respetivos baldes.

A maioria dos centros continua a deixar o cateter de Foley no local durante 10 a 14 dias. Para a maioria dos casos, costume deixá-lo durante 10 dias. Na eventualidade de se tratar de um caso repetido e/ou uma fístula muito grande, deixo-o durante 12 a 14 dias.

Algumas pessoas defendem o treino da bexiga, ou seja, apertar e desapertar a bexiga de forma intermitente durante 48 horas antes da remoção do cateter. Nos casos em que os níveis de cuidados de enfermagem são reduzidos, isto pode facilmente correr mal se as instruções forem mal compreendidas, além de não estarmos convencidos de que haja qualquer benefício neste regime. Existe, de facto, o risco de um cateter ficar bloqueado durante demasiado tempo, acabando por encher e romper a reparação. Para mim, parece-me ser um procedimento demasiado arriscado para nenhum ganho demonstrável.

Há quem defenda a realização de um teste de coloração antes de remover o cateter. Isto permite ao cirurgião determinar as respetivas taxas de encerramento e observar também uma eventual tendência para a perda uretral. Se, por acaso, for detetada uma pequena perda na reparação, a bexiga deve ser drenada durante mais 2 ou, até mesmo, 3 semanas. O ensino habitual indica que, se a bexiga estiver molhada através de um pequeno orifício, o cateter deve ser deixado no local até a paciente ficar seca e depois deve ser deixado durante mais uma semana a partir do dia em que fica seca. Se, ao fim de 1–2 semanas, a quantidade de urina que sai pelo cateter não aumentar

e a quantidade detetada na cama não diminuir, é pouco provável que feche. Remova o cateter e planeie a repetição do procedimento no prazo de 2–3 meses. As pequenas deiscências tardias na linha média da vagina, afastadas da uretra, curam frequentemente com cateterismo prolongado, mas as pequenas deiscências na uretra ou na parede pélvica lateral raramente curam com cateterismo prolongado.

É preferível remover o cateter de manhã cedo e pedir à paciente que urine com frequência. No dia seguinte, a paciente pode tentar aguentar mais tempo. Se a produção de urina for medida, o volume expelido de 25–50 cm³ é habitual para o primeiro dia, mas aumenta rapidamente para 100–200 cm³ na maioria das pacientes.

É importante que todas as pacientes tenham duas a três verificações do volume residual de urina produzida **no dia em que o cateter é removido**. Isto significa que a paciente bebe, urina e verifica depois o volume residual produzido. Este é verificado através da passagem de um cateter que visa drenar por completo a bexiga e da medição da quantidade de urina restante. É o chamado volume residual. Por norma, uma mulher consegue esvaziar por completo a bexiga, mas, arbitrariamente, um volume residual de **100 ml ou mais** é considerado anormal. A situação torna-se mais difícil nas pacientes com fístula, uma vez que, muitas vezes, a capacidade da bexiga é muito pequena depois de uma boa parte da mesma ter sido destruída. Uma melhor forma de determinar se uma paciente tem retenção passa por medir o volume expelido e verificar depois o volume residual. Se o volume residual for superior a 50% do volume expelido, a paciente está em retenção (por exemplo, se expelir 100 ml e o volume residual for de 60 ml, significa que está em retenção). No entanto, tudo o que for superior a 100 ml deve ser considerado como retenção (por exemplo, se a paciente expelir 300 ml e tiver 110 ml de volume residual, o caso deve ser considerado como retenção). Deve repetir a medição 2-3 vezes, uma vez que o volume residual melhora com frequência depois de a paciente expelir algumas vezes. Costumo ter 8% de pacientes com retenção. Caso contrário, estas pacientes iriam para casa molhadas e com retenção se não fossem atendidas.

Para o tratamento da retenção urinária, consulte o Capítulo 9 – Tratamento da retenção.

Problemas

A paciente está sempre molhada após a remoção do cateter

Neste caso, a paciente tem uma uretra totalmente incompetente, uma reparação falhada ou uma retenção com incontinência por regurgitação. A realização de um teste de coloração ajuda a diferenciar os dois primeiros casos e a medição da urina residual deteta o último caso. Uma deiscência tardia deve ser tratada com uma maior drenagem por cateter, de preferência com repouso na cama, com a paciente deitada prona (Figura 11.12 – consulte abaixo). Se isto não resultar, a paciente deve regressar no prazo de 3 meses para ser submetida a uma nova tentativa de reparação. A incompetência uretral total deve ser tratada através do ensino de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico (idealmente, estes devem ser ensinados antes da operação e continuados durante o período pós-operatório). É necessário pedir à paciente que regresse no prazo de 6 meses para uma nova avaliação e para considerar uma operação secundária para a incontinência de esforço. Se a incontinência persistente for grave, com perdas de urina de dia e de noite, a paciente pode receber alta com um molde uretral, se disponível, mas com pensos para ajudar na viagem de regresso a casa. No entanto, é necessário insistir com as pacientes para o facto de terem de voltar para serem submetidas a outra operação. Deve recolher os seus dados

e manter-se em contacto com elas ou com os seus familiares para garantir que não perdem a esperança e que voltam efetivamente.

A paciente consegue urinar, mas fica molhada quando está de pé, embora esteja seca na cama

Isto sugere um grau menor de incontinência de esforço que pode melhorar de forma espontânea mediante a prática de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico. Já vimos uma série de pacientes que tiveram alta molhadas, mas voltaram para revisão completamente secas. Num estudo de acompanhamento, **50% destas pacientes estavam completamente secas ao controlo dos 6 meses.**

A paciente está seca, mas urina com frequência em pequenas quantidades

Esta situação é muito comum imediatamente após a remoção do cateter e pode dever-se a retenção urinária, a uma bexiga irritada ou a uma bexiga pequena. Todas as pacientes devem ter os respetivos volumes residuais medidos 2-3 vezes após a remoção do cateter. Se um determinado volume residual elevado não for detetado e não for tratado, a paciente acabará por desenvolver incontinência por regurgitação e ficará predisposta a infeções urinárias crónicas.

Por norma, a condição resolve-se de forma espontânea se a bexiga for esvaziada com regularidade mediante a realização de um autocateterismo intermitente limpo (consulte o Capítulo 9 – Tratamento da retenção). Espera-se que uma bexiga irritada acabe por melhorar com o tempo. Muitas vezes, é a uretra que fica irritada depois de ter um cateter colocado durante 10 ou mais dias. Verifique se existe uma infeção, mas, a maior parte das vezes, a situação resolve-se por si mesma. Incentive as pacientes a beberem muitos líquidos para manterem a urina limpa e fluida. Os casos mais difíceis de gerir referem-se às pacientes que têm uma bexiga pequena. Já vimos algumas bexigas esticarem de forma notável com o tempo, mas, na maior parte das vezes, isso não acontece, uma vez que são muitas vezes incapazes de reter grandes volumes de urina.

Falha de reparação

Uma perda requer a realização de um teste de coloração, a não ser que uma irrigação suave demonstre perdas à volta do cateter. A existência de uma perda vaginal detetada no teste de coloração indica uma falha, mas nem tudo está necessariamente perdido.

Perda precoce – na primeira semana

Esta é uma má notícia e, por norma, significa que a reparação falhou. As perdas precoces devem ser raras após a realização de reparações fáceis, mas são mais problemáticas em casos difíceis. Se sair mais urina através do cateter do que através da vagina, vale a pena manter o cateter durante o tempo em que isso acontecer, na esperança de uma eventual cicatrização.

Perda tardia – na segunda semana ou posteriormente

Ocasionalmente, mesmo as reparações simples acabam por desenvolver perdas durante a segunda semana. Pode tratar-se de uma rutura secundária devido a uma infeção. Nestes casos, como as margens da fistula não estão sob tensão e têm um bom aporte de sangue, as hipóteses de o defeito fechar com uma drenagem prolongada da bexiga são totais. O cateter deve ser mantido até 3–4 semanas no total, desde que as perdas diminuam.

Se a paciente ficar seca com o cateterismo prolongado, deixe o cateter em drenagem livre durante mais uma semana antes de o remover.

Quanto mais tardia for a perda, melhor é o prognóstico

Pode ser útil manter a paciente na cama, deitada e a dormir de barriga para baixo. (Figura 11.12) Nesta posição, o orifício situado na base da bexiga estará mais acima e a ponta do cateter estará por baixo, ou seja, existe efetivamente uma drenagem de detritos. Esta abordagem faz sentido, mas não temos provas de que seja benéfica. Costumo deixar o cateter até a paciente estar de novo completamente seca e depois deixo o cateter em drenagem livre durante mais uma semana (conforme detalhado acima). Se a perda não diminuir após 7–10 dias de drenagem adicional do cateter, removo o cateter, uma vez que a cicatrização é muito improvável.

Momento da alta hospitalar

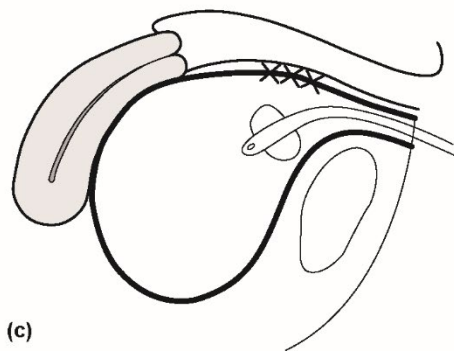
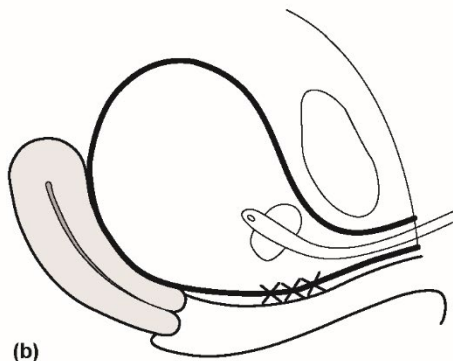
Embora, na maioria dos casos, o cateter seja removido no 10.º dia, recomendamos vivamente que a paciente não saia do hospital durante, pelo menos, mais três ou quatro dias. Já vimos várias pacientes que pareciam estar secas após a remoção do cateter e que foram para casa no dia seguinte, ou dois dias depois, e ficaram molhadas em poucos dias, normalmente depois de dizerem que foram para casa de autocarro numa viagem longa e difícil, com a bexiga cheia. Sentiram um “estalido” e ficaram molhadas. Se tivessem podido regressar de imediato e realizar uma nova drenagem por cateter, provavelmente teriam cicatrizado. Posteriormente, verificou-se que tinham uma rutura muito localizada e facilmente passível de uma segunda reparação.

Será aconselhável permitir que as pacientes que foram submetidas a grandes cirurgias regressem a casa, percorrendo longas distâncias em táxis apinhados, na parte de trás de uma bicicleta ou após uma longa caminhada? Não é surpreendente que ocorram algumas ruturas secundárias. A outra vantagem de reter a paciente durante uma semana ou mais é que, desta forma, muitas vezes é possível observar uma melhoria da incontinência de esforço inicial numa questão de dias. Além disso, é possível reconhecer as pacientes com esvaziamento incompleto (retenção urinária) ou infeções urinárias que exijam tratamento.

Todas as pacientes devem ser informadas para regressarem de imediato se ficarem molhadas depois de voltarem para casa e devem ser incentivadas por saberem que o bilhete de autocarro será reembolsado se o fizerem. Muitos locais dispõem agora de “dinheiro móvel”, o que permite a transferência do dinheiro dos bilhetes de autocarro através da rede de telemóveis.

Também devem ser aconselhadas a evitar a realização de atividades extenuantes e a prática de relações sexuais durante três meses. As pacientes precisam de ser ensinadas a ir ao hospital para serem submetidas a um parto por cesariana se ficarem grávidas.

As pacientes devem receber um cartão com a descrição do respetivo tratamento e a data da operação, para facilitar a sua identificação posterior e aconselhar a cesariana caso se apresentem grávidas noutra hospital.

**Figura 11.12**

a) Uma alternativa para cuidar de uma paciente com uma falha da reparação passa por cuidar dela numa posição de decúbito ventral enquanto a bexiga é drenada. Em teoria, a urina deve drenar mais facilmente através de uma fistula rompida na posição de decúbito dorsal b). Na posição de decúbito ventral, a urina acumula-se na bexiga anterior, é drenada pelo cateter e, por conseguinte, não sai através da fistula rompida, permitindo a sua cicatrização c). Como acontece na maior parte dos casos de cirurgia de fístulas, esta abordagem é ditada pelo senso comum, mas faltam provas de que funciona.

Uma história de precaução

Três dias após a remoção de um cateter, uma paciente partiu numa viagem de 200 milhas de regresso a casa. Afirmava estar a urinar bem. Fez uma viagem de 5 horas num táxi cheio de gente, que não parou pelo caminho. Sentiu a bexiga cheia, mas teve demasiada vergonha para pedir ao motorista para parar. Ficou molhada e, esperando que fosse um problema temporário, seguiu viagem em direção a casa. Estava sempre molhada, mas estava demasiado longe para regressar de imediato e, de qualquer modo, também não tinha dinheiro. Mais tarde, regressou. Uma fístula intracervical pequena, alta e muito difícil de tratar acabou por ser reparada com sucesso. Se ao menos a paciente tivesse podido adiar a partida para casa ou tivesse regressado de imediato para uma nova drenagem por cateter, toda esta situação poderia ter sido evitada.

Conselhos específicos antes da alta

Aconselhamento

Antes da alta, a paciente e a família devem ser aconselhadas de modo a compreenderem por que razão ocorreu a fístula e como pode ser evitada no futuro. Muitas pacientes chegam com crenças tradicionais sobre a causa da fístula. Por exemplo, acreditam que se tratou de uma punição por adultério ou que alguém lançou um feitiço ou elas foram amaldiçoadas. Estas e outras ideias falsas devem ser cuidadosamente corrigidas. Uma vez em casa, a paciente deve tornar-se defensora da prevenção na sua própria comunidade. É preciso algum tempo para que a mensagem seja assimilada, sendo necessário um ensino regular, que deve ser continuado.

Abstinência de atividade sexual e trabalhos pesados

Ocasionalmente, vemos pacientes que foram para casa secas, mas que relatam o aparecimento de uma perda ao fim de algumas semanas. Várias admitiram ter relações sexuais ou fazer trabalhos pesados nos campos, sentir um “estalido” e ficar molhadas em seguida. Para evitar esta situação, é essencial que se abstenham durante, pelo menos, três meses.

Cesariana em todas as futuras gravidezes

É essencial discutir questões de planeamento familiar, incluindo a laqueação das trompas, se for caso disso. A forma mais segura de manter a cura é não ter mais partos! As futuras gravidezes devem ser efetuadas por cesariana. Se o trabalho de parto obstruído se deveu a uma má apresentação fetal, a paciente pode eventualmente dar à luz por via vaginal no futuro, mas, como raramente estão disponíveis cuidados obstétricos especializados, é melhor insistir numa cesariana para todos os partos subsequentes. De vez em quando, vemos pacientes com recorrência de fístulas, porque não conseguiram chegar a tempo ao hospital ou porque foram sujeitas a uma tentativa de parto normal em vez de uma cesariana eletiva.

Ao longo de alguns anos de trabalho no norte da Etiópia, já registámos mais de 200 mulheres que regressaram grávidas após a reparação de uma fístula. Todas elas foram submetidas a uma cesariana no termo da gravidez. Perdemos um bebé devido a uma anomalia congénita e outro por motivos de prematuridade. Não foi registado qualquer caso de recorrência de fístulas. Durante o mesmo período, registámos 53 mulheres que regressaram depois de terem tentado dar à luz em casa. Talvez não tenham dito aos seus novos maridos que já tinham tido fístulas anteriormente ou a comunidade não lhes permitiu ir ao hospital para dar à luz. Todas elas tiveram um nado-morto e todas tiveram uma recorrência de fístulas.

Também ouvimos falar de algumas mulheres que morreram a tentar ter outro bebé em casa. Não sabemos quantas mulheres tiveram um parto bem-sucedido em casa, mas o número e a gravidade das complicações certamente não justificam o risco. Todas as mulheres devem regressar para serem submetidas a uma cesariana no termo da gravidez.

Regresso para consulta de acompanhamento

Como é tão importante para os cirurgiões conhecerem os respetivos resultados, as pacientes devem ser incentivadas a regressar. Um cirurgião costuma proibir a retoma da prática sexual até que a paciente tenha sido consultada para efeitos de acompanhamento. Por isso, regista uma taxa de regresso elevada!

Possíveis problemas tardios

Infeções urinárias

Com o nosso regime de administração de uma dose única de gentamicina de 160 mg no bloco operatório e um elevado fluxo de urina, é pouco comum detetar a presença de urina infetada. Uma infeção pós-operatória tardia pode ser causada por uma estenose com retenção ou, até mesmo, por um cálculo vesical não detetado. Quando as instalações laboratoriais são limitadas, a inspeção da urina deve ser suficiente para fazer o diagnóstico. É muito difícil diagnosticar uma infeção do trato urinário com uma vareta quando a paciente tem uma fístula ou logo após a

operação. A amostra de urina estará sempre contaminada quando a paciente tem uma fístula e, após a operação, haverá sempre contaminação do local da operação.

Incontinência persistente apesar da fístula fechada

Este problema frequente e incômodo é discutido no Capítulo 9. Se a paciente continuar molhada, existe também uma grande probabilidade de depressão e, até mesmo, suicídio. Estas pacientes necessitam de atenção especial, aconselhamento e tranquilização, devendo cada uma delas permanecer no hospital até ser bem instruída, com um plano e esperança de tratamento posterior.

Estenose

Qualquer paciente que tenha umaestenose da uretra proximal na altura da reparação corre o risco de sofrer de estenose pós-operatória. É necessário remover a estenose a quando da operação para minimizar esta possibilidade. As reparações de fistulas circunferenciais têm uma maior probabilidade de formação de estenose. A minha taxa de estenose é de 8% aos 6 meses de acompanhamento. O tratamento das estenoses é difícil, uma vez que estas recorrem de forma invariável. Alguns cirurgiões dilatam-nas, por exemplo com dilatadores Hegar. Pessoalmente, prefiro cortá-las às 5 e 7 horas no relógio, introduzindo uma tesoura fina através da uretra, rodando-a para fora da estenose, abrindo as lâminas, avançando suavemente e cortando a estenose. Para evitar a recorrência, a paciente deve ser ensinada a autodilatar a estenose com um cateter curto e rígido todos os dias ou de dois em dois dias. A paciente introduz o cateter na bexiga, deixa-o lá durante 10 minutos e, em seguida, remove-o. Se a paciente ficar molhada após o corte da estenose, o molde uretral (se disponível) funcionará tanto para mantê-la seca como para evitar a recorrência da estenose.

Dificuldades sexuais

Apesar da existência de uma boa reparação sem qualquer estenose vaginal, algumas mulheres têm relutância em retomar as relações sexuais. As razões podem ser variadas, sendo necessário realizar um inquérito e um exame delicados para confirmar as mesmas. Outras pacientes com dispareunia genuína devido a estenose vaginal podem ser ajudadas através de uma vaginotomia ou vaginoplastia, especialmente se o estreitamento for localizado.

Reintegração

Muito tem sido escrito em matéria de aconselhamento e ajuda para reintegrar as pacientes com fístula na comunidade. Muitas pacientes são muito pobres e apreciam, certamente, a ajuda financeira. No entanto, na prática, se a paciente estiver seca, será reintegrada, mas, se estiver molhada, talvez isso não aconteça.

Como já foi mencionado, as pacientes que são curadas devem ser educadas sobre a causa da fístula e entender de que forma é que as fistulas devem ser prevenidas. No final, podem tornar-se educadoras da sua própria comunidade.

Documentação adicional

Barone MA, Widmer M, Arrowsmith S, Ruminjo J, Seuc A, Landry E, Barry TH, Danladi D, Djangnikpo L, Gbawuru-Mansaray T, Harou I, Lewis A, Muleta M, Nembunzu D, Olupot R, Sunday- Adeoye I, Wakasiaka WK, Landoulsi S, Delamou A, Were L, Frajzyngier V, Beattie K, Gülmezoglu AM. Breakdown of simple female genital fistula repair after 7 day versus 14 day postoperative bladder catheterisation: a randomised, controlled, open-label, non-inferiority trial. *Lancet* 4 de julho de 2015; **386(9988)**: 56–62.

Browning A, Menber B. Obstetric fistula in Ethiopia; a six month follow up after surgical treatment. *Brit J Obstet Gynaecol* nov. de 2008; **115(12)**: 1564–9.

Nardos R, Browning A, Menber B. Duration of bladder catheterization after surgery for obstetric fistula. *Int J Gynaecol Obstet*. Out. de 2008; **103(1)**: 30–2.

12 AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

Qualquer cirurgião quer conhecer os resultados alcançados, mas a documentação exata está sujeita a uma série de dificuldades:

- **Casos inoperáveis.** Os especialistas variam nas suas estimativas em termos da percentagem que consideram inoperável desde o início, variando entre menos de 1% e cerca de 5%. Mesmo os cirurgiões experientes podem, por vezes, dar início a um caso e considerá-lo impossível de terminar. É evidente que, se estes fatores não forem incluídos numa determinada análise, a comparação entre os centros e os indivíduos não é válida.
- **Área de trabalho.** Qualquer pessoa que inicie a reparação de fístulas num novo local terá o benefício de um território virgem, com uma boa proporção de casos mais fáceis. À medida que as consultas ou o trabalho continuam, a percentagem de casos fáceis diminui drasticamente, com as novas reparações e os casos de incontinência de esforço a dominarem por completo o cenário. Além disso, depois de os cirurgiões se estabelecerem nas respetivas localidades, ser-lhes-ão encaminhados cada vez mais casos difíceis e casos falhados, enquanto os cirurgiões que foram treinados por eles tratam dos casos fáceis. Assim sendo, os resultados de um determinado cirurgião podem mudar com o tempo.
- **Acompanhamento incompleto.** É prática ideal efetuar um teste de coloração antes de remover um cateter para avaliar a taxa de encerramento. Se tal não for efetuado em todas as pacientes, pode ser realizado um teste de coloração apenas naquelas que ficam molhadas após a remoção do cateter, a fim de distinguir entre deiscência e esforço (depois de excluída a retenção urinária). Algumas deiscências tardias ocorrem depois de a paciente ter ido para casa e alguns casos de esforço acabam curados com o tempo. É necessário efetuar uma consulta de acompanhamento para ter a certeza do resultado, mas isto é muitas vezes difícil em zonas com poucos recursos.

Registo de resultados

Um passo fundamental para qualquer cirurgião, independentemente da sua experiência, consiste em registar separadamente os resultados de todos os novos casos e todas as novas reparações. Os casos que não são realizados por motivos de dificuldade ou impossibilidade ou que são reencaminhados para outro local também devem ser registados de forma diligente.

Registamos os dados das nossas pacientes em bases de dados no Excel. É necessário encontrar um equilíbrio entre a recolha de todos os dados apenas porque podem ter interesse no futuro e a falta de dados que serão úteis para uma análise prospetiva. Ao definir as perguntas, é importante ter respostas do tipo “sim” ou “não” ou dados numéricos, como acontece nas classificações de Goh e Waaldijk. O uso de termos meramente descritivos para a fístula de cada paciente não irá ajudar na análise dos resultados. No entanto, deve haver um espaço reservado para descrever a operação ou outras características invulgares, uma vez que cada paciente e cada fístula são únicos.

A avaliação dos resultados inclui muitas variáveis, pelo que é preciso ser específico nas definições:

- **Cura completa.** Para ser curada a 100%, a paciente deve ficar totalmente continente e ser capaz de ter filhos. Existem poucos estudos em matéria de fertilidade após a reparação de fistulas. Ao combinar os dados, verificou-se que apenas 20% das pacientes tiveram gravidezes bem-sucedidas após a reparação de uma fistula. A capacidade reprodutiva é reduzida, sendo as principais causas a amenorreia, a estenose vaginal (que leva à apareunia e/ou ao fecho da vagina ou do orifício cervical) e a incompetência cervical, uma vez que muitas pacientes têm o colo uterino danificado. Naturalmente, existem muitas pacientes que foram submetidas a uma histerectomia por cesariana na altura da ocorrência da fistula e que não foram informadas.
- **Cura aceitável.** Consiste em estar seca, sem perdas ao tossir ou ao fazer esforço, e em estar seca durante a noite, urinando normalmente.
- **Retenção urinária com incontinência por regurgitação,** em que a paciente está invariavelmente seca com autocateterismo.
- **Falha.** Trata-se de uma falha da reparação, confirmada pelo teste de coloração ou pela incontinência de esforço, que é tão grave que a paciente não sente qualquer melhoria em relação ao estado pré-operatório.
- **Incontinência de esforço e outra incontinência uretral.** Isto ocorre em graus variáveis e deve ser quantificado em termos descritivos, sendo que não é fácil proceder a uma avaliação objetiva num local com poucos recursos (consulte o Capítulo 9).

Os cirurgiões que trabalham em centros permanentes de tratamento de fístulas podem ser muito mais objetivos quanto aos seus resultados, uma vez que estão lá para verem eles próprios os resultados pós-operatórios iniciais ou, pelo menos, para os terem avaliados com precisão por pessoal experiente.

Em toda a África, muitas fístulas são reparadas por cirurgiões que se deslocam regularmente para colaborar com centros de tratamento de fístulas. Muitas vezes, têm de se ausentar na altura em que a paciente tem alta, pelo que têm de confiar em relatórios posteriores do restante pessoal, que, por várias razões, pode omitir um teste de coloração. Neste tipo de situações, um método prático de documentação consiste no seguinte:

- **Paciente curada.** A paciente foi observada, pelo menos, 3 meses após a operação e está completamente continente.
- **Paciente presumivelmente curada.** A paciente foi considerada pelos profissionais de saúde como estando seca aquando da alta e não regressou para acompanhamento.
- **Falha:**
 - A paciente ficou molhada no período pós-operatório, tendo sido confirmada a existência de uma deiscência através de um teste de coloração.
 - A paciente estava molhada no momento da alta, embora não se soubesse se tal se devia a uma deiscência ou uma incontinência de esforço. Alguns destes últimos casos podem melhorar e não regressam para efeitos de acompanhamento. De acordo com a nossa experiência, suspeitamos que a maioria das pacientes que ficam gravemente molhadas acabam por regressar. Assim, podemos decidir se são casos de esforço ou reparação falhada. Se estiverem molhadas no momento da alta, têm de ser incentivadas a regressar para um tratamento posterior. Sem isso, algumas pacientes podem pensar que não podem ser curadas e que nada mais pode ser feito por elas. Algumas procuram cuidados de saúde noutro local, não sendo possível efetuar o devido acompanhamento.

- **Incontinência de esforço.** A paciente tem um teste de coloração negativo, mas está claramente molhada. É necessário um acompanhamento mais aprofundado para decidir se o caso deve ser classificado como:
 - *Incontinência de esforço total.* A paciente sente que não está melhor e não consegue urinar de todo.
 - *Incontinência de esforço parcial.* A paciente pode estar seca por vezes, por exemplo, está seca quando dorme à noite e ao sentar-se, mas fica molhada ao andar ou ao levantar-se e tem perdas de urina espontâneas (Para um sistema de classificação simples, consulte o Capítulo 9 – Avaliação imediata).
- **Retenção urinária.** Por norma, estas pacientes ficam secas quando realizam o autocateterismo.
- Não será possível enquadrar facilmente alguns resultados nestas categorias, por exemplo, pacientes com estenoses que requerem dilatação.
- Salientamos a importância de realizar todos os esforços necessários para acompanhar as pacientes após a reparação. Para além de se inquirir sobre a continência, é necessário registar a existência de eventuais alterações na função menstrual, na função sexual e na integração social.

Taxas de mortalidade

A reparação de uma fístula implica uma cirurgia de grande envergadura, pelo que a existência de casos de morbilidade e mortalidade não é nenhuma surpresa. É possível esperar uma mortalidade na ordem de 1 em 500. A maioria destas mortes deve-se a problemas médicos não relacionados com a cirurgia. As causas específicas da cirurgia incluem acidentes anestésicos, intoxicação por água e embolia pulmonar. Ocasionalmente, ocorrem mortes para as quais não é possível dar uma explicação clara.

Até ao momento, Brian Hancock perdeu uma paciente devido a uma infeção torácica grave e eu perdi duas pacientes no período pós-operatório, uma devido a malária cerebral e outra devido a uma causa cardíaca suspeita.

13 PROBLEMAS, COMPLICAÇÕES E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Durante o processo de reparação, podem ocorrer várias complicações. Algumas serão descritas como lições para aprender a lidar com as mesmas.

As coisas não estão a correr bem?

- A exposição poderia ser melhorada com episiotomias ou vaginotomias maiores? Ou com uma maior inclinação da cabeça para baixo?
- As condições de iluminação são as melhores possíveis?
- A paciente está a escorregar na mesa? Os apoios para os ombros são essenciais para uma posição de Trendelenburg muito inclinada, mas não existem em muitos blocos operatórios. Desde que a paciente seja colocada com as nádegas bem posicionadas sobre a mesa e as coxas bem fletidas, é possível obter 20% de inclinação da cabeça para baixo sem que a paciente deslize para baixo. Se a paciente tiver escorregado para baixo, o espéculo de Auvards não ficará facilmente colocado na vagina, encostando-se à mesa cirúrgica e dificultando ou impossibilitando assim o acesso. Volte a levantar a cabeça da mesa, empurre a paciente para baixo da cama, prenda as almofadas de ombro e, em seguida, baixe novamente a cabeça.
- Está a utilizar bem um assistente? Os assistentes desconhecidos não devem fazer nada até que lhes seja pedido e, depois, devem continuar a fazer o que lhes for pedido até novas indicações. Se tiver um assistente regular, este poderá antecipar as suas necessidades. A competência mais útil consiste em apanhar a ponta de uma agulha para o cirurgião no fundo da vagina (as agulhas de 5/8 de círculo facilitam muito a vida do cirurgião para poderem realizar esta tarefa de forma autónoma).
- Procure recorrer ao seu assistente o menos possível e mantenha a vagina livre de dispositivos e instrumentos de sucção. Preferimos optar por um esfregaço para limpar o sangue e não utilizamos a sucção como prática de rotina. Se os rebordos vaginais refletidos forem suturados, haverá muito menos por onde segurar. A vagina é um campo cirúrgico estreito e, quanto menos instrumentos houver, melhor.

Um uréter danificado

Um dos percalços mais embaraçosos é a lesão acidental de um uréter durante a cirurgia. Isto já ocorreu com quase todos os cirurgiões de fístulas, não apenas com os iniciantes. Por norma, este acidente acontece quando o cirurgião mobiliza a bexiga na região do colo uterino. Por vezes, a lesão é reconhecida de imediato ou pode ser notada no final da reparação, quando se observa a saída de urina clara.

Este acidente pode ser evitado ao identificar e cateterizar os ureteres o mais cedo possível durante uma reparação. Normalmente, isto é feito antes de efetuar quaisquer incisões, à exceção das episiotomias de relaxamento ou da incisão da cicatriz vaginal, mas, por vezes, é necessário iniciar a mobilização antes de existir qualquer possibilidade de visualizar os orifícios.

Neste caso, os ureteres estão em risco, pelo que é importante evitar penetrar na parede da bexiga e manter-se sempre perto do colo uterino ou sob a pele vaginal.

Continua a ser possível cortar o uréter com o cateter ureteral colocado. Se o cateter tiver um estilete metálico, é aconselhável mantê-lo no lugar durante a dissecação para que possa ser sentido e para que, se o uréter for cortado, não seja sujeito a uma transecção. A maioria dos cateteres não vem com um estilete metálico, já tendo havido ocasiões em que os cirurgiões cortaram o uréter e o cateter.

Os cateteres ureterais são, muitas vezes, difíceis de obter e muitos cirurgiões têm de operar sem eles. Se for esse o caso, o importante é identificar o uréter e, se for possível manter uma sonda ureteral no uréter durante a dissecação e a sutura, peça ao seu assistente para segurar a sonda com firmeza. Conheço, pelo menos, um cirurgião que perdeu uma sonda ureteral no uréter e não conseguiu removê-la. Uma alternativa à utilização de um cateter ureteral passa por uma sonda de alimentação nasogástrica para bebês. (Figura 13.1) Estas são finas e macias e, muitas vezes, são difíceis de inserir. Terá de enfiá-las primeiro pela uretra e depois certificar-se de que estão fixas no uréter com um ponto, uma vez que caem facilmente.

Se um uréter for identificado como estando em risco, pode ser possível protegê-lo sem a utilização de um cateter, mas tenha cuidado para não deixar cair a sonda. (Figura 13.2)

Como lidar com um uréter danificado

Existem três abordagens distintas:

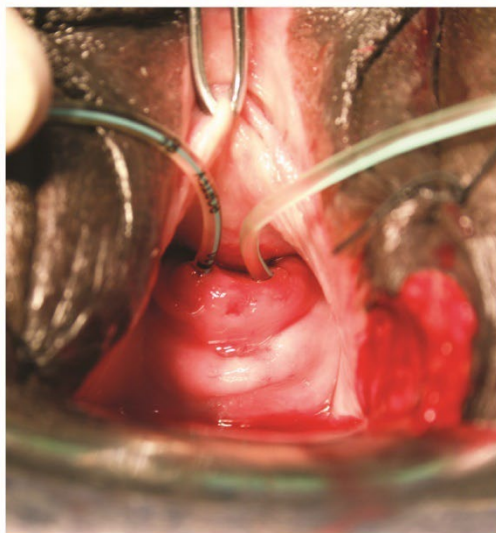


Figura 13.1

Sondas de alimentação nasogástrica usadas como cateteres ureterais.

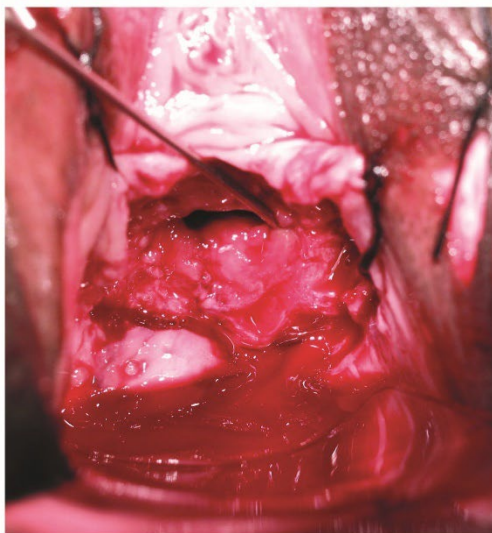


Figura 13.2

Foi identificado um uréter com uma sonda, mas não havia nada para proceder ao respetivo cateterismo. As suturas foram colocadas com a sonda cuidadosamente mantida no uréter. A urina continuava a sair quando a sonda foi removida depois de o canto ser fixado.

1. Tente passar o cateter em sentido ascendente pelo orifício ureteral e “atravessá-lo” através do gap. Em seguida, repare o uréter topo a topo com uma sutura 3-0 ou 4-0 fina.
2. Passe um cateter em sentido ascendente pelo uréter cortado e dobre-o na parte distal. Um uréter cortado é mais difícil de cateterizar na parede da bexiga. O lúmen pode retrair-se. Utilize o cateter ureteral mais pequeno disponível.
3. Suture o uréter cortado, termine a reparação e implante o uréter na bexiga através de uma via abdominal separada.

O uréter e o cateter ureteral são cortados

Observei este procedimento duas vezes nas mãos de cirurgiões muito experientes. O cateter proximal era impossível de extrair. A reparação foi concluída e o abdómen foi aberto, o cateter foi removido e o uréter foi implantado na cúpula da bexiga. Uma vez deram-me um cateter ureteral fora de prazo e ele partiu-se ao meio no uréter, pelo que metade ficou lá dentro. O uréter estava, de facto, a drenar para fora da bexiga. Deixei-o ficar e, ao fim de uma semana, a ponta passou para a vagina e foi facilmente recuperada.

Uma armadilha para os incautos

Um uréter duplo não é assim tão invulgar. (Figura 13.3) Uma vez deparei-me com ureteres duplos em ambos os lados, por isso tratava-se de um sistema duplex. A paciente precisava de cateterizar quatro ureteres!

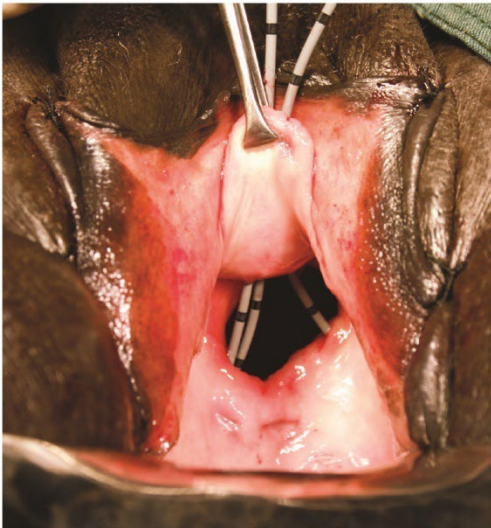


Figura 13.3
Um uréter duplo

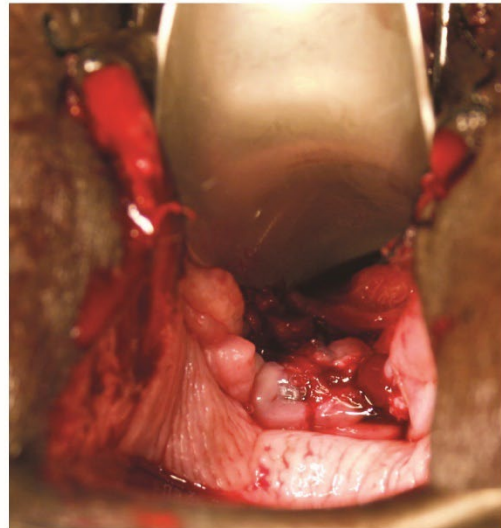


Figura 13.4
Uma fístula alta que se estende ao longo de uma laceração uterina. Foi tomada uma decisão deliberada de reparar a bexiga sem cateterizar os ureteres, uma vez que tal não era tecnicamente possível. Os ureteres acabaram por ser ligados e tiveram de ser implantados por via abdominal.

Duas histórias instrutivas

Um cirurgião concluiu a reparação difícil de uma fístula da cúpula vaginal sem ter cateteres ureterais disponíveis. Naquela noite, não houve saída de urina pelo cateter da bexiga, mas a urina foi drenada pela vagina. Na manhã seguinte, a paciente foi levada para o bloco operatório. Um teste de coloração revelou que a reparação estava correta. Verificou-se que um uréter tinha sido ligado e o outro danificado na parede da bexiga. Idealmente, a reparação deveria ter sido removida e ambos os ureteres deveriam ter sido identificados, mas tal não era prático. O passo prático consistia em efetuar uma laparotomia e implantar ambos os ureteres. Assim foi feito, com um resultado de sucesso confirmado por um acompanhamento de 6 meses.

Uma vez, tive de reparar uma fístula de tamanho moderado e só restavam dois cateteres ureterais no hospital. Os ureteres estavam próximos da extremidade da fístula, mas decidi fechar a fístula cuidadosamente, dando o meu melhor para evitar suturar perto dos ureteres, de modo a poupar os cateteres ureterais para um caso mais difícil. A paciente apresentava um teste de coloração negativo e estava seca, mas não urinava na área de recuperação. O cateter não estava bloqueado. A paciente foi hidratada e ficou muito agitada com a administração de furosemida, mas continuava sem urinar. Levei-a de novo para o bloco operatório e, quando desfiz as suturas da bexiga, detetei jorros enormes de urina. Utilizei os dois últimos cateteres ureterais, procedi a uma nova reparação e a paciente foi para casa curada.

Uma situação desesperante

Uma paciente apresentou-se com uma fístula intracervical alta recorrente, visível através de um colo uterino aberto. O defeito estendia-se abaixo do nível do colo uterino e foi considerado inadequado para efeitos de uma reparação transvesical. (Figura 13.4) Os ureteres foram vistos a esguichar na extremidade do defeito irregular, mas após 45 minutos não puderam ser cateterizados. A bexiga foi mobilizada do resto do colo uterino e do útero e o defeito foi fechado com uma sutura contínua. Os ureteres estavam claramente em risco, mas parecia não existir outra opção. O teste de coloração foi negativo, mas a paciente não produziu urina na mesa. O abdómen foi aberto e ambos os ureteres dilatados foram seccionados e anatomizados com a bexiga. Quando foi vista 3 meses mais tarde, a paciente tinha recuperado por completo.

Acidentes diversos

Hemorragia intravesical

A hemorragia na bexiga deve ser um acontecimento extremamente raro se as extremidades da bexiga forem corretamente suturadas, incorporando toda a espessura da musculatura. Vi-o ocorrer uma vez no período pós-operatório imediato. Um cirurgião entrou de forma inadvertida no plano entre a mucosa da bexiga e o músculo. Quando a paciente regressou à enfermaria, era óbvio que estávamos na presença de uma hemorragia intensa na bexiga, devido ao aparecimento de hematúria com coágulos. A reparação teve de ser removida para fixar a hemorragia na parede da bexiga. Apesar de ter sido efetuada uma nova reparação, esta teve deiscência e foi repetida 4 meses mais tarde.

Outra paciente teve uma hemorragia na bexiga após a reparação de uma fistula pequena e simples resultante de um tumor da bexiga não diagnosticado. Teve de ser submetida a uma transfusão e, depois de a hemorragia cessar, foi encaminhada para um urologista.

Um reto danificado

No final de um longo dia de operações, um cirurgião deu início a uma reparação difícil. Ao efetuar uma vaginotomia para obter acesso, abriu inadvertidamente o reto. Esta situação revelou ser muito difícil de reparar com todo o tecido cicatricial presente. Dada a dificuldade sentida, foi efetuada uma colostomia. A reparação da fistula acabou por ser adiada, tendo sido reparada com sucesso e a colostomia fechada 4 meses mais tarde.

Lições

- Não inicie um caso difícil no fim do dia.
- No caso de se tratar de um caso difícil, nunca tenha medo de efetuar uma vaginotomia logo abaixo da posição das 3 e 9 horas no relógio.
- Em caso de dúvida, introduza um dedo no reto para servir de guia.

Uma estenose retal não detetada

Brian Hancock foi confrontado com uma paciente que apresentava uma pequena fistula circunferencial vesicovaginal (FVV) e uma estenose retovaginal alta (FRV) sentida durante o exame vaginal. A FRV não era palpável ao exame retal. Brian reparou a FVV e, antes de iniciar a reparação da FRV, examinou a paciente por via retal. Para seu horror, descobriu que no alto havia uma estenose completa abaixo da FRV. Teria sido impossível efetuar a reparação por via transvaginal. Foi efetuada uma colostomia, seguida posteriormente de uma ressecção da estenose retal. Apesar da forte contaminação fecal, a FVV acabou por cicatrizar e, mais tarde, a FRV também cicatrizou.

Lição

É essencial avaliar por completo uma potencial lesão retal antes de dar início a uma reparação da bexiga.

ANEXO A:

LIVROS, MATERIAL DE FORMAÇÃO E FORNECEDORES

Livros

Moir JC. *The Vesico-Vaginal Fistula*. Londres: Baillière, Tindall & Cox, 1961 (2.^a ed. Londres: Baillière, Tindall & Cassell, 1967).

Esta monografia clássica é uma excelente introdução à cirurgia de fístulas.

Waaldijk K. *Step by Step Surgery of Vesico-Vaginal Fistulas*. Edimburgo: Campion Press, 1994. Disponível em Teaching Aids at Low Cost (TALC) Box 49, St Albans, Hertfordshire AL1 5TX, Reino Unido (info@talcuk.org).

Esta é uma leitura valiosa para qualquer cirurgião de fístulas conceituado. Baseia-se na experiência pessoal de Kees Waaldijk no norte da Nigéria, que é também a experiência mais significativa do mundo. Este manual é muito pormenorizado e está bem ilustrado, mas os principiantes podem considerar algumas partes difíceis de seguir. A experiência do Dr. Waaldijk está em constante evolução, estando neste momento a dar início a uma nova série de publicações. A primeira publicação, *Obstetric Fistula Surgery Art and Science: The Basics*, acaba de ser lançada como uma publicação privada impressa pela Printmarkt.eu (pode enviar um e-mail para info@printmarkt.eu). Da mesma forma, também pode obter a publicação diretamente junto do Dr. Waaldijk nos Países Baixos (kees.waaldijk@yahoo.com). A série contém agora muitos títulos, incluindo bexigas hipotónicas e classificações, e está em constante crescimento.

Breen M. *Manual of Obstetric Fistula Surgery*. The Foundation for the Global Library of Women's Medicine, 2019.

O novo livro de Michael Breen está disponível para consulta em GLOWM (Global Library of Women's Medicine) http://www.glowm.com/recommended_textbooks

Trata-se de um recurso fantástico, que consiste em notas pormenorizadas sobre os procedimentos operatórios de todos os principais tipos de cirurgia de fístulas. Em muitos aspetos, é complementar e muito mais pormenorizado do que o presente livro. Baseia-se na vasta experiência de Michael Breen no Hospital de Monze, na Zâmbia e agora em Madagáscar.

Goh J, Krause H. *Female Genital Tract Fistula*. Brisbane: University of Queensland Press, 2004. Disponível na Medical Bookshop, University of Queensland. Herston Road, Herston, Queensland 4006, Austrália (medicalbookshop@uq.net.au).

Este é um relato abrangente de toda a gama de fístulas obstétricas e ginecológicas.

Zacharin R.F. *Obstetric Fistula*. New York: Springer-Verlag, 1987.

Este é um excelente relato dos aspetos históricos da reparação de fistulas, mas pouco adiante para um principiante. Contém um capítulo sobre os primeiros dias do Addis Ababa Fistula Hospital.

Hancock B. “Introduction to Obstetric Fistula Surgery”, um capítulo em *Gynaecology for Resource Poor Locations*. Sapiens Publishing, 32 Meadowbank, Londres NW3 3AY, Reino Unido (info@sapienspublishing.com) (www.sapienspublishing.com). Também está disponível no website da GLOWM (www.glowm.com).

Campbell IM, Asiimwe IS. *Nursing Care for Women with Childbirth Injuries*. Global Library of Women’s Medicine. 2021.

Hamlin C (com Little J). *The Hospital by the River*. Sydney: Pan Macmillan Australia, 2001/Oxford: Monarch Books, 2004.

Este é um relato muito agradável da vida e do trabalho de Catherine e Reg Hamlin no Addis Ababa Fistula Hospital. Existe também uma sequela chamada “Catherine’s Gift”, também publicada pela Pan Macmillan.

Material de formação

Os vídeos de formação de Andrew Browning estão disponíveis através da GLOWM, a Global Library of Women’s Medicine (www.glowm.com)

Lewis G, de Bernis L, eds. *Obstetric Fistula: Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2006. Disponível online em www.who.int/reproductive-health/docs/obstetric_fistula. Cópia impressa disponível na Organização Mundial da Saúde, Departamento de Saúde Reprodutiva e Investigação, Centro de Documentação, 1211 Genebra 27, Suíça (rhrpublications@who.int).

Este manual contém capítulos sobre integração social e reabilitação, cuidados de enfermagem, fisioterapia e princípios operatórios. Um resumo do manual é apresentado por de Bernis L. *Int J Gynaecol Obstet* 2007; **99**(suppl 1): S117–21.

Hancock B. *First Steps in Vesico-Vaginal Fistula Repair*. Londres: Royal Society of Medicine Press, 2005.

Trata-se de um relato prático para médicos e enfermeiros recém-chegados à cirurgia de fistulas.

Hancock B. *Practical Obstetric Fistula Surgery*. Londres: Royal Society of Medicine Press, 2008. Esta é a primeira edição do presente livro e está disponível gratuitamente online.

Fornecedores

- Conjuntos de fistulas FIGO: contacte Fistula@figo.org

Instrumentos

- Tesoura de amígdala Boyd-Stille (ART n.º 101-8420 17 cm)
- Stille especial de ponta afiada
ambos da Stille Surgical AB, Sundbybergsvägen 1A, SE-171 73 SOLNA, Suécia (www.stille.se).
- Tesoura de fistulas Kelly curva da Vubu Medical na Alemanha. Produto n.º VUBU-03-10616 (<https://www.vubu-medical.de/en/Surgical-Instruments/KELLY-FISTULA-SCISSORS-CURVED-16-0CM::1071.html>)
- Tesoura Thorek
da Aesculap (www.surgical-instruments.info).

Lanterna de cabeça de encaixe

- Sistema de iluminação e ampliação Voroscope LED
da Nuvew Ltd, Unit 26, Daniels Industrial Estate, Bath Rd, Stroud, Gloucestershire GL5 3TJ, Reino Unido (www.voroscopes.co.uk).
- Luz LED DC-1
da Lemonchase, The Brewery, Bells Yew Green, Tunbridge Wells, Kent TN3 9BD, Reino Unido (www.lemonchase.com).

Noutros países, é possível encontrar lanternas de cabeça semelhantes em fornecedores para cirurgiões dentistas.
- Lanterna de cabeça FIGO: contacte Fistula@figo.org

Agulhas e suturas

Agulhas

- Agulhas de anzol em forma de J
da Surgicraft Ltd, 11 The Oaks, Clews Road, Redditch, Worcestershire B98 7ST, Reino Unido (www.surgicraft.co.uk ou info@surgicraft.co.uk).

Suturas Ethicon

- Monocryl 3-0, W3625: 5/8 de círculo, corpo redondo de 26 mm
- Vicryl 2-0, W9160: 5/8 de círculo, corpo redondo de 36 mm
- Vicryl 2-0, W9020: Bobina dispensadora Ligapack de 2,5 m.

Suturas Polysorb

- Polysorb 2-0: Código do produto UL878 (agulha de 5/8 de círculo com 27 mm)
Uma excelente sutura numa agulha forte e pequena de 5/8 de diâmetro da Covidien Syneture (www.syneture.com); disponível no Reino Unido na Squadron Medical Ltd (tel.: +44(0)1246 470999).

Moldes uretrais

Não estão atualmente disponíveis, mas temos esperança de que possam voltar a ser produzidos.

ANEXO B:

PROTOCOLO DO PAD-TEST DE UMA HORA

1. Pese um penso novo num saco de plástico ou com fecho de correr fechado numa balança de cozinha (ou numa balança com capacidade para medir gramas).
2. Peça à paciente para urinar.
3. Peça à paciente para utilizar o penso (com cuecas para o manter no sítio).
4. Peça à paciente para realizar as seguintes atividades:
 - a. 0–15 minutos: sentar-se e beber 500 ml de água.
 - b. 15–45 minutos: caminhar calmamente pela enfermaria e/ou pelo hospital.
 - c. 45–60 minutos:
 - i. Levantar-se 10 vezes depois de estar sentada.
 - ii. Tossir vigorosamente 10 vezes.
 - iii. Correr no local durante um minuto.
 - iv. Dobrar-se para apanhar um objeto do chão 5 vezes.
5. Retire o penso e coloque-o no mesmo saco de plástico ou com fecho de correr.
6. Pese novamente o penso, dentro do saco.
7. Subtraia o peso inicial do peso final para registar o peso de urina perdida.

<u>PESO DO PENSO SECO E DO SACO DE PLÁSTICO</u>	<u>PESO DO PENSO MOLHADO (UMA HORA) E DO SACO DE PLÁSTICO</u>	<u>DIFERENÇA</u>

ANEXO C:

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E DO TIPO DE FÍSTULAS

A Tabela C.1 apresenta alguns dados demográficos dos nossos três principais hospitais no Uganda (Kitovu, Kamuli e Lira) e do Centro de Fístulas de Bahr Dar no norte da Etiópia. A diferença mais notável entre os dois países é a frequência das cesarianas no Uganda, o que indica que muitas pessoas conseguem ir para o hospital, mas chegam demasiado tarde. Na Etiópia, poucas pessoas têm acesso a um hospital.

O Tabela C.2 compara as pacientes primíparas com as pacientes múltiparas. De acordo com os três critérios de uma má fístula, isto é, envolvimento da uretra, descolamento circunferencial e presença de uma fístula retovaginal (FRV), as pacientes primíparas apresentam uma pontuação mais elevada do que as pacientes múltiparas. Esta situação verifica-se em ambos os países.

A Tabela C.3 compara os partos vaginais com os partos por cesariana. Mais uma vez, de acordo com os três critérios, as pacientes que dão à luz por via vaginal apresentam lesões significativamente mais graves do que as pacientes cujo parto é aliviado por cesariana. Esta situação aplica-se a ambos os países.

Ao comparar os dois países, a diferença mais marcante ocorreu nas pacientes primíparas (Tabela C.4), onde se registou uma maior incidência de envolvimento uretral e circunferencial e de fístulas retovaginais nas pacientes etíopes ($p = 0,001$). Embora a diferença no envolvimento uretral e circunferencial possa ser explicada, em parte, pela variação entre observadores, uma fístula retovaginal é sempre um marcador de uma lesão grave, pelo que é provável que as lesões sejam mais graves nas pacientes da Etiópia do que nas pacientes do Uganda, pelo menos entre as pacientes primíparas. Note que estas séries foram recolhidas e analisadas na década de 2000 e, apesar de o padrão de acesso às unidades de saúde ter mudado e existirem agora mais cesarianas, ainda que, muitas vezes, sejam praticadas demasiado tarde, continua a ser interessante e útil conhecer as diferenças existentes na apresentação das pacientes nas diferentes áreas geográficas.

Tabela C.1 Dados demográficos

	Uganda	Etiópia
Série	790	606
Não realizada: considerada inoperável (%)	2,4 (19/790)	1,5 (estimativa)
Para análise	771	606
Idade média (anos)	27	28,8
Duração média (meses)	59	48
Tempo médio de trabalho de parto (dias)	Não disponível	3
N.º de partos por paciente	2,9	2,8
Paciente primípara (%)	60	50
Parto vaginal (%)	34,7	84,5
Cesariana (%)	65,3	15,5
FRV + FVV (%)	3,3	8,4

Tabela C.2 Pacientes primíparas em comparação com as pacientes múltiparas

	Uganda	Etiópia
Paciente primípara		
Número	342	279
Envolvimento uretral (%) (<3,5 cm do orifício uretral externo)	70	82
Circunferencial (%)	15	41
FRV + FVV (%)	5,3	13,6
Número de pacientes múltiparas	417	320
Envolvimento uretral (%)	51	44
Circunferencial (%)	7,7	20
FRV + FVV (%)	1,9	4,3

Tabela C.3 Partos vaginais em comparação com partos por cesariana

	Uganda	Etiópia
Partos vaginais		
Número	265	471
Paciente primípara (%)	59,3	50,7
Envolvimento uretral (%)	77,3	67,8
Circunferencial (%)	18,6	32
FRV + FVV (%)	5,2	9,3
Partos por cesariana		
Número	503	92
Paciente primípara (%)	34	19,5
Envolvimento uretral (%)	45	30
FRV + FVV (%)	2,4	1

Tabela C.4 Pacientes primíparas

	Uganda	Etiópia	valor de p
Envolvimento uretral (%)	70,1	81,7	0,009
Circunferencial (%)	15,2	40,9	<0,001
FRV + FVV (%)	5,3	13,6	0,001

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas ajudaram-nos e inspiraram-nos a dedicar-nos à cirurgia de fístulas, sobretudo a equipa do Addis Ababa Fistula Hospital.

Gostaríamos de dedicar esta publicação à falecida Dra. Catherine Hamlin (1924-2020) e ao seu falecido marido Reg Hamlin, bem como a Mamitu Gashe, uma paciente que se tornou cirurgiã. A competência de Mamitu é lendária. Ela ajudou-nos e ensinou-nos em muitas das nossas primeiras reparações, tal como tem feito com tantos cirurgiões que vêm o Addis Ababa Fistula Hospital para aprender.

Gostaríamos também de agradecer os ensinamentos e o exemplo do Dr. Kees Waaldijk, do norte da Nigéria, que tanto fez para formar cirurgiões de fístulas, contribuindo para a literatura e demonstrando como a cirurgia de fístulas pode ser efetuada com o mínimo de instalações.

Estamos extremamente gratos por todos os debates e conselhos estimulantes que recebemos de tantos cirurgiões de fístulas. Em particular, agradecemos ao Dr. Fekade Ayenachew da Etiópia, à Dra. Hillary Mabeya do Quênia e ao Dr. Peter Majinge, bem como ao Dr. James Chapa da Tanzânia, que são cirurgiões de fístulas e formadores muito ocupados e que, juntamente com outros, constituem o Grupo Consultivo de Especialistas em cirurgia de fístulas da FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia). Agradecemos também ao Dr. Jeff Wilkinson, do Malawi, que foi pioneiro em muitos avanços de gestão e teve influência no desenvolvimento de protocolos.

Agradecemos a ajuda do falecido John Kelly (um cirurgião de fístulas veterano que trabalhou em mais países africanos do que qualquer outra pessoa); a ajuda de Tom Raassen (o cirurgião de fístulas do Flying Doctor Service [AMREF], que dedicou as suas capacidades à formação de tantos cirurgiões nacionais na África Oriental); a ajuda de Steven Arrowsmith (coordenador de FVV da Mercy Ships); a ajuda de Judith Goh (uma colaboradora regular da literatura e cirurgiã visitante do Uganda e da Mercy Ships); a ajuda de Michael Breen (um grande professor de Moçambique); a ajuda de Jerry Putman (que contribuiu de forma significativa para o arranque do Aberdeen Fistula Centre, na Serra Leoa); e a ajuda da falecida Dra. Maura Lynch (que fundou o primeiro centro de formação no Hospital de Kitovu, no Uganda).

Estamos profundamente gratos aos seguintes hospitais que, de forma tão voluntária, nos permitiram operar e tirar fotografias para efeitos de utilização neste livro:

- **Uganda:** Hospital da Missão de Kamuli, Busoga, Uganda Oriental; Hospital da Missão de Kitovu, Distrito de Masaka; Hospital da Missão de Nsambya, Kampala; Hospital Governamental de Lira, Norte do Uganda; Hospital da Missão de Kagando, Kasese, Uganda Ocidental; Hospital da Missão de Kalongo, Norte do Uganda
- **Nigéria:** Hospital de Katsina
- **Etiópia:** Centro de Fístulas de Bahr Dar
- **Serra Leoa:** Hospital Governamental do Distrito de Kambia; Princess Christian Maternity Hospital, Freetown; Aberdeen Clinic and Fistula Centre

- **Libéria:** Ganta Methodist Hospital, distrito de Nimba
- **Mercy Ships:** na Gâmbia, na Serra Leoa, no Benim, no Gana e na Libéria (www.mercyships.org).
- **Tanzânia:** Hospital da Missão Selian, Arusha
- **Tanzânia:** Kivulini Maternity Centre, Arusha

Finalmente, estamos gratos à Barbara May Fundation (BMF), à Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e à Hamlin Fistula Australia (HFA), que financiaram a publicação e impressão deste manual. Agradecemos ainda a Gillian Slinger e Lilli Trautvetter da FIGO, que trabalham incansavelmente para promover o programa de formação em fístulas da FIGO.



Dr. Reg e Catherine Hamlin em Adis Abeba, na Etiópia, na década de 1980.



A Dra. Catherine Hamlin com Mamitu Gashe (à esquerda do Dr. Hamlin), o Dr. Ambaye Woldemichael e Lete Kidane (sentados).



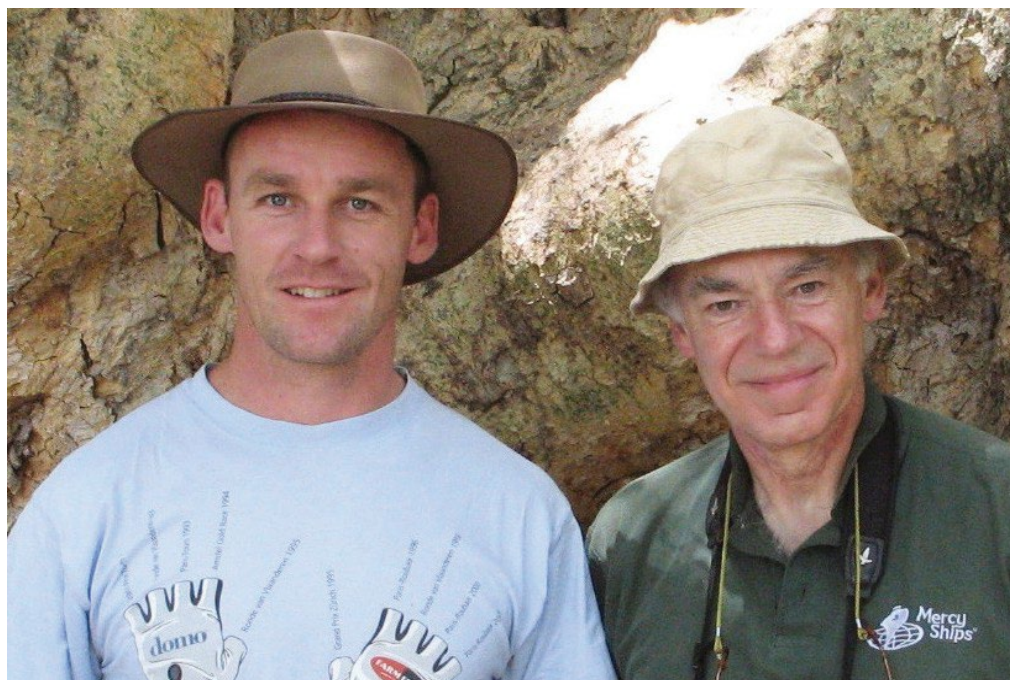
O Dr. Kees Waaldijk em Katsina, no norte da Nigéria. Ninguém ajudou mais pacientes com fístula.



O Grupo Consultivo de Especialistas da FIGO, composto por cirurgiões especialistas em fístulas. Prof. Sayeba Akhter, Dr. Hillary Mabeya, Dr. Yeshineh Demrew, Dr. Jame Chapa, Dr. Vindhya Pathirana, Dr. Fekade Ayenachew, Dr. Tom Raassen, Gillian Slinger (Diretora da Iniciativa de Formação em Cirurgia de Fístula da FIGO), Dr. Andrew Browning, Lilli Trautvetter (Gestora de Projetos da FFSTI) e Dr. Peter Majinge.



A Dra. Maura Lynch, que foi pioneira no trabalho de fístulas no Uganda.



Andrew Browning e Brian Hancock, da Etiópia, 2005.

ÍNDICE REMISSIVO

A

adrenalina, sob anestesia 51
agulhas 54, 84, 232, *ver também* suturas
alta da paciente 217–19
amenorreia 23, 34
anestesia 51–52
antibióticos 145,
 pós-operatório 52
avaliação urodinâmica 189–90

B

bexiga ilíaca continente 195
bissecção da bexiga 118–21
bupivacaína 51–52

C

cálculos vesicais,
 causas 23
 tratamento, técnicas operatórias
 144–46
Campanha das Nações Unidas pelo Fim
da Fístula 14
casos inoperáveis 193–99, 222,
 derivação urinária 193
cateteres 181–82, 204, 206–11, 213–15,
 permanente 90
 ureteral 212–15
cicatrizes 29, 32, 36, 69, 127, 158, 166
classificação de fístulas obstétricas 26–
32,
 cicatrizes 29
 fístulas retovaginais (FRV) 158
 local 26–28
 modelo descritivo 31–32
 sistema de Goh 29–30, 74, 94, 127
 sistema de Waaldijk 30–31
 tamanho 29
classificação de Goh, fístulas obstétricas
29–30, 74, 94, 127
classificação de Waaldijk,
 fístulas obstétricas 30–31
colostomia 159–61
comparação estatística de países 43, 157,
235–36

complexo de lesões por trabalho de
parto obstruído 20–23
comprimento da uretra 63
conselhos de alta 217–19
consequências sociais da fístula
obstétrica 16, 22,
 reintegração 220
contraturas 23, 46–48
corte Gishiri 123
craniotomia 44
criptomenorreia 23
cuidados conservadores 43, 176
cuidados de enfermagem pós-
operatórios 204–18

D

defeitos da pele vaginal 133,
 soluções cirúrgicas 133–40
derivação urinária 193–200,
 conduto ilíaco 193, 194–95
 Mainz pouch II 193
dermatite urinária 23, 35
distal e proximal, definição 72,

E

ecografia 42
enfermagem 204–18
envolvimento ureteral 105–108
enxerto de gordura 15, 122, 134, 137,
140–43, 186
enxerto de Martius 15, 122
 técnica operatória 134, 137,
 140–43, 186
epinefrina 51
episiotomia 76–77, 135, 148–49,
161–62, 165, 178
esquistossomose 146, 151
estenose, cuidados pós-operatórios 220
estenose uretral 94
estenose vaginal 20, 21, 23, 24, 29, 36,
74, 133, 161
exame 35–38, 64, 158, 176–77
exercícios de fortalecimento do
pavimento pélvico 176–77, 179

F

- falha de reparação e reoperação 146–50, 216,
 - técnicas operatórias 146–50
- Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) 14
- feridas de pressão 104
- fístulas circunferenciais 28–29, 229, 235,
 - técnicas operatórias 90–111
- fístulas da cúpula vaginal 28–29, 35, 116–17, 228
- fístulas do tipo pinhole 69
- fístula dupla (FRV/FVV) 32, 161, 229
- fístulas intracervicais 28, 228,
 - técnicas operatórias 108, 111–16, 118
- fístulas junto ao colo do útero 27–28, 32, 108–112,
 - técnicas operatórias 108–112, 113
- fístulas junto à uretra 26–27,
 - técnicas operatórias 94–108
- fístulas mediovaginais 32
- fístulas retovaginais (FRV) 32, 46, 52, 157–166, 198, 229,
 - definição 21
 - incidência 21, 235
 - lesão do reto 229
 - técnica operatória 162–66
- fístulas ureterais,
 - causas 21, 152–53
 - diagnóstico 41, 153
 - técnica operatória 153–56
- fístulas vesicovaginais (FVV) diversas,
 - causas 18–21, 24–26
 - fístula dupla FRV/FVV 32, 161, 203
 - posições de lesão isquêmica 32
 - técnicas operatórias básicas 72–90
- furosemida 78, 110, 149, 153

H

- hemorragia, intra-vesical 228
- hidrodissecção 77–78
- hidronefrose 21, 153, 192, 197
- hiponatremia 206
- histerectomia 34, 35, 153

I

- iluminação 55–58, 232
- incontinência de esforço 127–33
- incontinência, pós-reparação 41–42, 127, 173–92, 204–05, 220
 - ausência de relação com fístula obstétrica 24
 - avaliação 175
 - pad-test 175, 179, 234
 - técnica operatória pós-reparação 178–88
- infecções urinárias 219
- infertilidade 23–24
- instrumentos, cirúrgicos 52–53, 232
- intoxicação por água 206

L

- laceração perineal 21, 32, 157, 168–71
- lacerações do esfíncter 52, 157
- laqueação das trompas 153
- lesão do uréter 226–28
- lesão iatrogênica 21, 25–26, 28, 193, 205,
 - fístulas intracervicais pós-cesariana 118, 205
- lesões do esfíncter anal 168–72, 199
- lesões neurológicas 34, 46, 64, 157
- lidocaína 51–52

M

- Mainz pouch II 195–203,
 - procedimento operatório 199–203
- malnutrição 23
- manutenção de registros 74–75, 211–12, 222–24
- mobilização da bexiga 62, 72, 79–83, 93–97, 100, 107, 120, 148,
 - na operação de fístula ureteral 154
 - na plicatura uretral 178
 - na reconstrução uretral 121, 124–126
- molde uretral 190–92, 233
- momento da cirurgia 44–45, 192

P

pad-test 175, 179, 234
 parto por cesariana 35, 152,
 estatísticas de incidência 235–37
 prevenção de fístulas durante 43–44
 pé caído 34, 64, 157
 plicatura uretral com sling fibromuscular 178–81, 183
 posição, operatória 55–60, 116, 141, 165
 preparação pré-operatória 46–50, 162,
 hidratação 49–50
 princípios operatórios 61–63
 procedimento de Mitrofanoff 195
 procedimento operatório,
 bissecação da bexiga 120–21
 cálculos vesicais 144–46
 casos simples 72–90
 colostomia 160–61
 defeitos da pele vaginal 133–40
 enxerto de Martius 134, 137, 140–43, 186
 estenoses 220
 falhada de reparação 146–50
 fístula dupla (FRV/FVV) 161
 fístulas circunferenciais 90–108
 fístulas intracervicais 108, 111–16, 118
 fístulas junto ao colo do útero 108–112, 113
 fístulas junto à uretra 94–108
 fístulas retovaginais 162–66
 fístulas ureterais 153–56
 incontinência de esforço 127–34
 incontinência pós-reparação 178–88
 lesões do esfíncter anal 168–72, 199
 Mainz pouch II 199–203
 mobilização da bexiga 62, 72, 79–83, 93–97, 100, 107, 120, 148
 plicatura uretral e sling fibromuscular 178–81, 206
 rebordo de Singapura 136–38, 184–86, 187–88
 rebordos labiais 135–36
 reconstituição uretral 186–88
 reconstrução uretral 121–26

reoperação 146–50
 sling fascial 132–33, 183–86
 sling fibromuscular 178–79, 181
 uréter danificado 226–28

prognóstico da reparação 33
 proximal, definição 72

R

rebordos,
 coxa e nádega 136
 labiais 135–43
 Singapura 136–38
 reconstituição uretral 186–88
 reconstrução uretral 121–26
 reconstrução vaginal 62
 registo do historial 34
 relações sexuais, dificuldades pós-operatórias 220
 reparação da fáscia pubocervical 127, 128

S

saúde mental 22, 46, 220
 seleção de casos 63–72
 síndrome de Asherman 62
 síndrome de Sheehan 23
 rebordo de Singapura 134, 136–38, 166, 184–86, 187–88
 sling fibromuscular 98, 122, 126, 128, 130, 152, 178–81, 183
 sling pubococcígeo *ver* sling, fibromuscular
 slings 63, 101, 105, 127,
 fascial 97, 132–33, 182, 183–86
 fibromuscular 98, 122, 126, 128, 130, 152, 178–81, 182
 stress pós-parto 41–42
 suturas 54, 84–86, 88–89, 99–100, 102–104, 143, 165, 169, 179, 181, 232–33

T

tampão vaginal 89

taxas de mortalidade 224

técnica de O'Connor 118–21

teste de coloração 38–41, 148, 153,
 pós-operatório 62, 86–88, 177, 205,
 216

U

uréter, duplo 227

ureteres, proteção durante a cirurgia 78

urostomia 194

V

via abdominal 114, 117–18

VIH 42, 150



SAVE THE MOTHER. SAVE THE WORLD.

A Barbara May Foundation é uma instituição de caridade australiana, fundada em 2009, especificamente concebida para o tratamento e a prevenção de fístulas obstétricas.

Constrói e gere maternidades sem fins lucrativos e financia programas de saúde materna rural, além de facilitar o tratamento de pacientes com fístula obstétrica e a formação de cirurgiões.

Para obter mais informações, contacte: Barbara May Foundation PO Box 2371 Bowral NSW 2576, EUA.

www.barbaramayfoundation.com



A FIGO é uma organização profissional que reúne mais de 130 associações obstétricas e ginecológicas de todo o mundo. A visão da FIGO é que as mulheres de todo o mundo atinjam os padrões mais elevados possíveis de saúde física, mental, reprodutiva e sexual e de bem-estar ao longo das suas vidas. A FIGO lidera as atividades do programa global, com especial incidência na África Subsariana e no Sudeste Asiático. Um desses programas é a Iniciativa de Formação em Cirurgia de Fístula, um projeto pioneiro que visa formar mais cirurgiões de fístulas e equipas multidisciplinares dos países afetados por fístulas, de modo a que um número significativamente maior de mulheres receba cuidados de fístulas de elevada qualidade.

Para obter mais informações, aceda ao website da FIGO:

<https://www.figo.org/what-we-do/obstetric-fistula/fistula-surgery-training-initiative>

Andrew Browning AM FRCOG FRANZCOG(Hon)

Andrew Browning é um obstetra formado na Austrália que passou a carreira profissional como médico missionário voluntário em África, especializando-se em cirurgia obstétrica de fístulas. Esteve envolvido no tratamento de mais de 12 000 pacientes com fístula em África e no Sudeste Asiático. Participou na criação de instituições de caridade na Etiópia e na Tanzânia com o intuito de construir e gerir maternidades de tratamento gratuito para a prevenção de fístulas. Até à data, estes hospitais e instituições de caridade supervisionaram o parto seguro de mais de 80 000 mulheres e formaram quase mil parteiras com competências clínicas. Na Austrália, foi cofundador da Barbara May Foundation para financiamento dos hospitais.

Presta auxílio ao programa global de formação em cirurgia de fístula da FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia) como presidente do Comité de Fístula e Trauma Genital da FIGO e do Grupo Consultivo de Especialistas em Fístula Obstétrica da FIGO. Presta aconselhamento à ONU e à OMS em matéria de fístulas e questões conexas e é, muitas vezes, orador principal em conferências médicas internacionais.

É autor de mais de 60 publicações científicas, livros e capítulos sobre fístulas obstétricas. Foi nomeado membro da Ordem da Austrália pelos serviços prestados no domínio da saúde materna internacional.

Brian Hancock MD FRCS FRCOG(Hon)

Brian Hancock efetuou cerca de 1500 operações de reparação de fístulas e condições conexas em doze países africanos, principalmente entre 2000 e 2013. A primeira vez que se deparou uma paciente com uma fístula vesicovaginal foi quando trabalhava como cirurgião geral, no final dos anos 60, no Hospital da Missão de Kamuli e teve a sorte de encontrar uma cópia do livro clássico de fístulas vesicovaginais de Chassar Moir, escrito na década de 1950. Seguindo as orientações de Moir, operou uma dúzia de pacientes com sucesso. Este facto inspirou-o a visitar o famoso Hamlin Fistula Hospital, em Adis Abeba. Com o encorajamento de Reg e Catherine Hamlin, foi recebido como visitante regular, inicialmente para aprender com a vasta experiência de ambos. Mais tarde, acabou por ajudá-los em casos problemáticos, tirando partido da sua experiência como cirurgião colorretal no Reino Unido. Depois de se reformar da prática clínica no Reino Unido em 2000, pôde passar cerca de três meses por ano a visitar o seu antigo hospital e outros no Uganda. Enquanto mantinha a sua prática na Etiópia, foi convidado a trabalhar em dez outros países africanos e teve a oportunidade de melhorar o seu nível de compreensão através da observação e do trabalho realizado com muitos especialistas mundiais de renome.