

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)

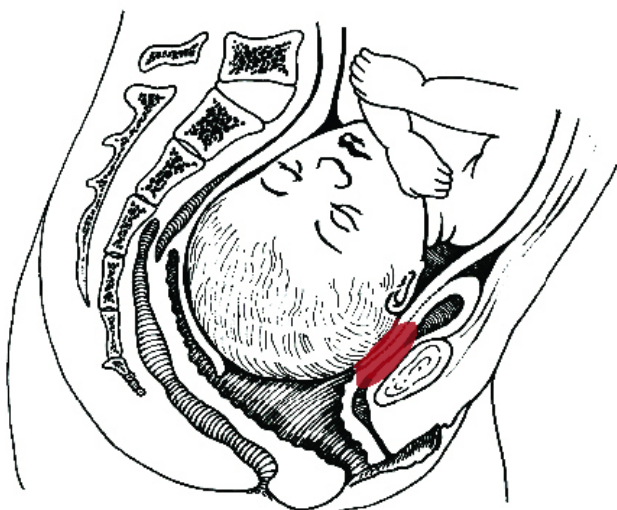
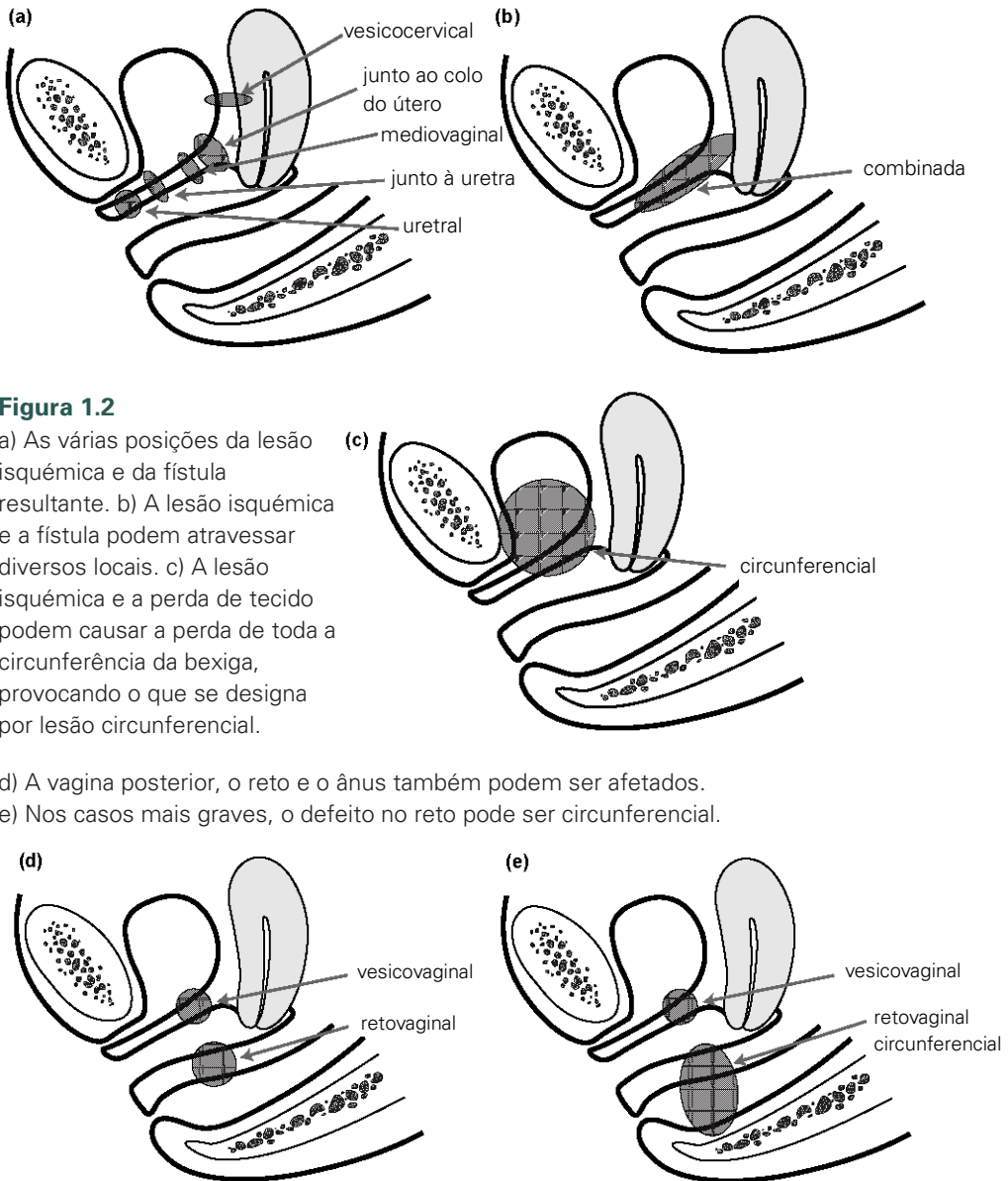


Figura 1.1

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)



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)

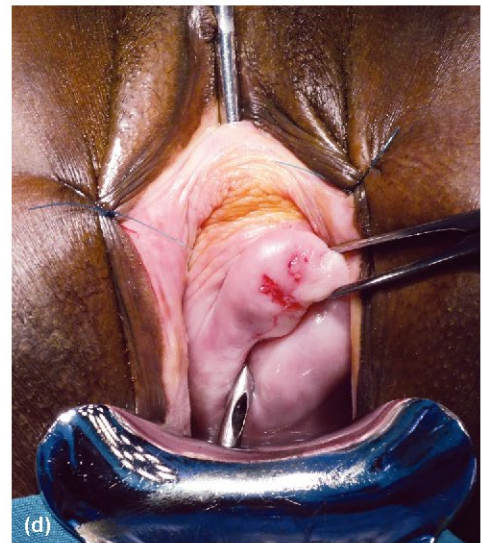
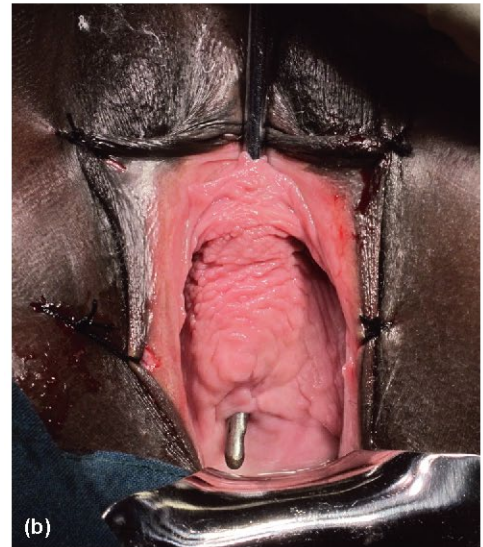
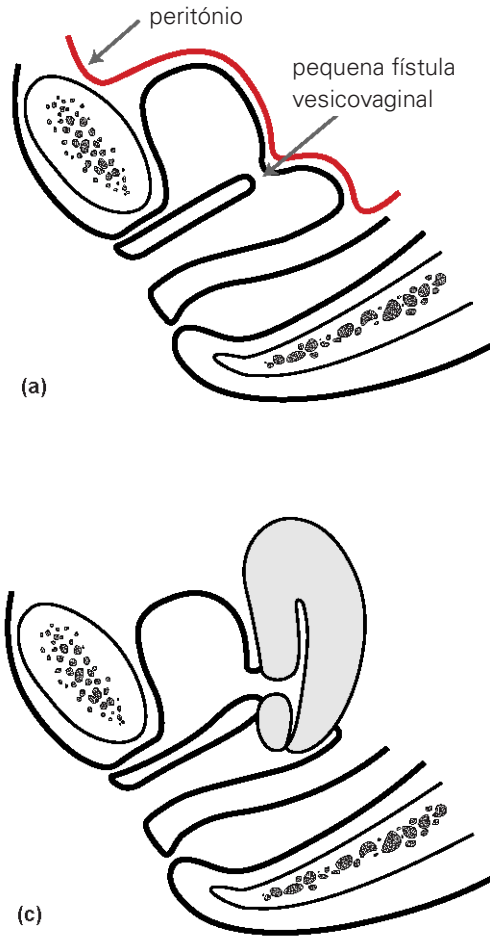


Figura 1.3

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

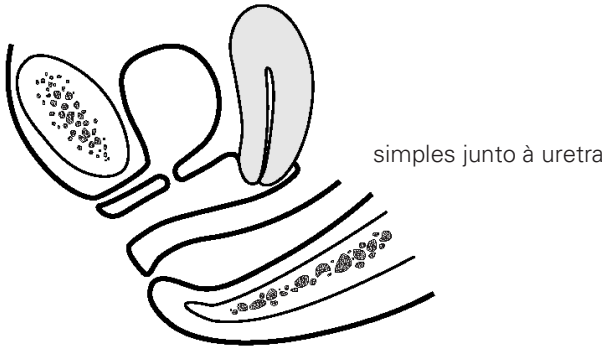
Apesar de muito debate, não existe um sistema de classificação universalmente aceite, o que é compreensível, porque grande parte da avaliação é subjetiva. Para uma classificação ser pertinente, a mesma deve ser prognóstica, útil para decidir o que é necessário na reparação e útil em ensaios clínicos, 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

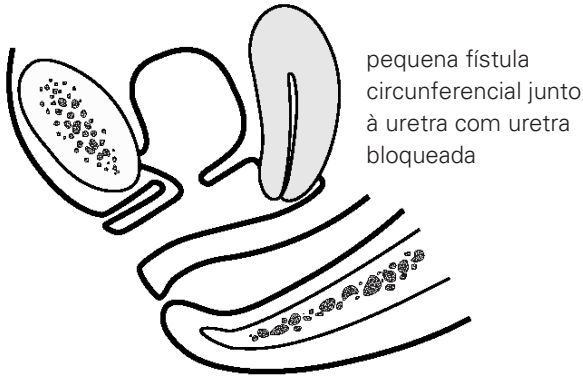
A localização mais comum situa-se junto à uretra, ou seja, na junção uretrovesical. (Figuras 1.4-1.6) Nesta situação, verifica-se quase sempre a perda de alguma uretra proximal. A isquemia ligeira produz apenas um orifício simples, mas a isquemia prolongada causa perda de tecido circunferencial, com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



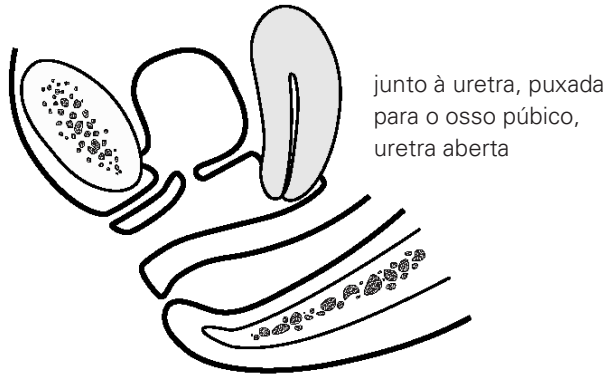
simples junto à uretra

Figura 1.4

Uma fístula simples junto à uretra.

pequena fístula
circunferencial junto
à uretra com uretra
bloqueada**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.

junto à uretra, puxada
para o osso púbico,
uretra aberta**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 multíparas 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.

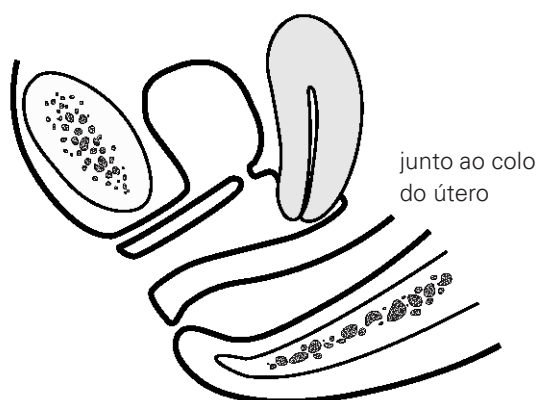


Figura 1.7

Uma fistula simples junto ao colo do útero.

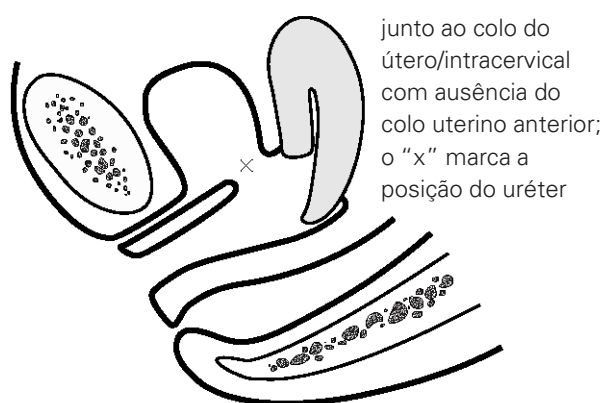


Figura 1.8

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

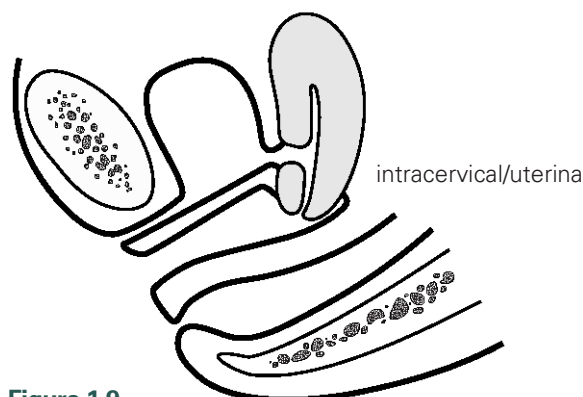


Figura 1.9

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).

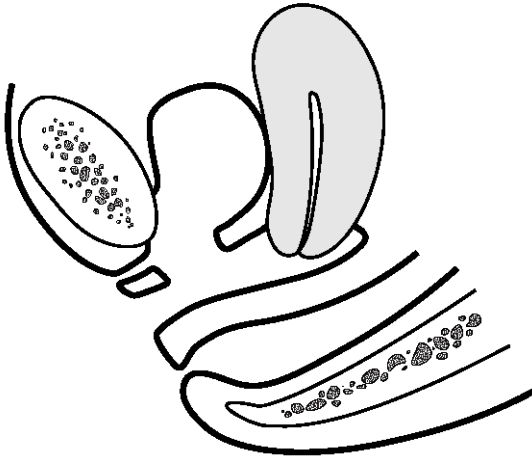


Figura 1.10

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 (cancro 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 fístula 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 fístula, 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 fístulas 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 fístula 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 fístula é único, existindo tantas variáveis que alguns cirurgiões consideram que nunca será possível obter uma classificação satisfatória. Em grande parte, a descrição de fístulas 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 fístula 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 fístula.

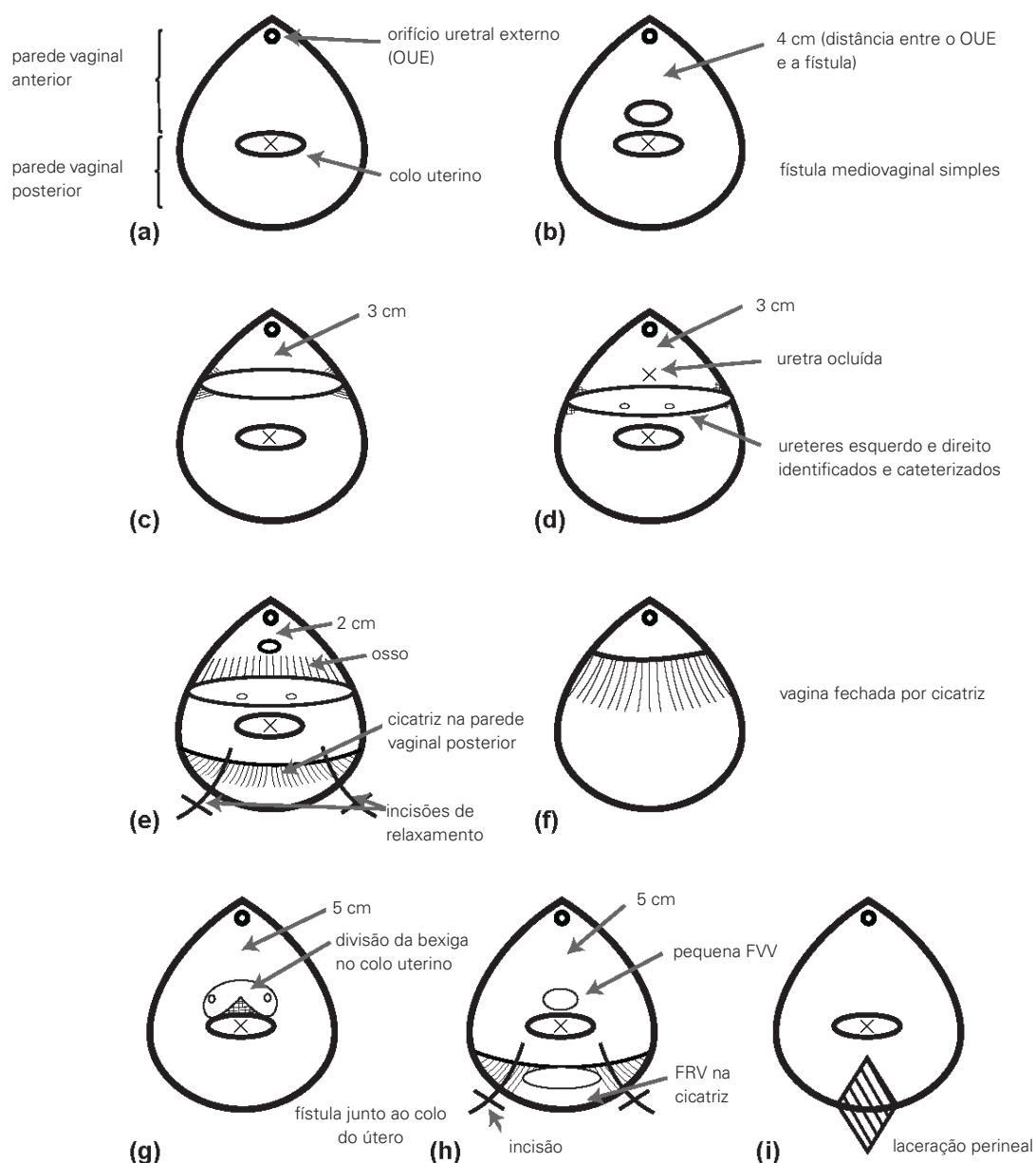


Figura 1.11

Desenhos esquemáticos de diferentes fístulas. a) Uma vagina normal. b) Uma fístula mediovaginal simples com registro 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.