

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 sujaram 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.

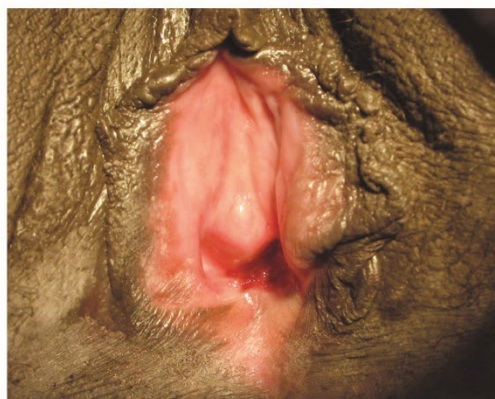


Figura 2.4
Vagina completamente fechada por uma cicatriz densa.

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

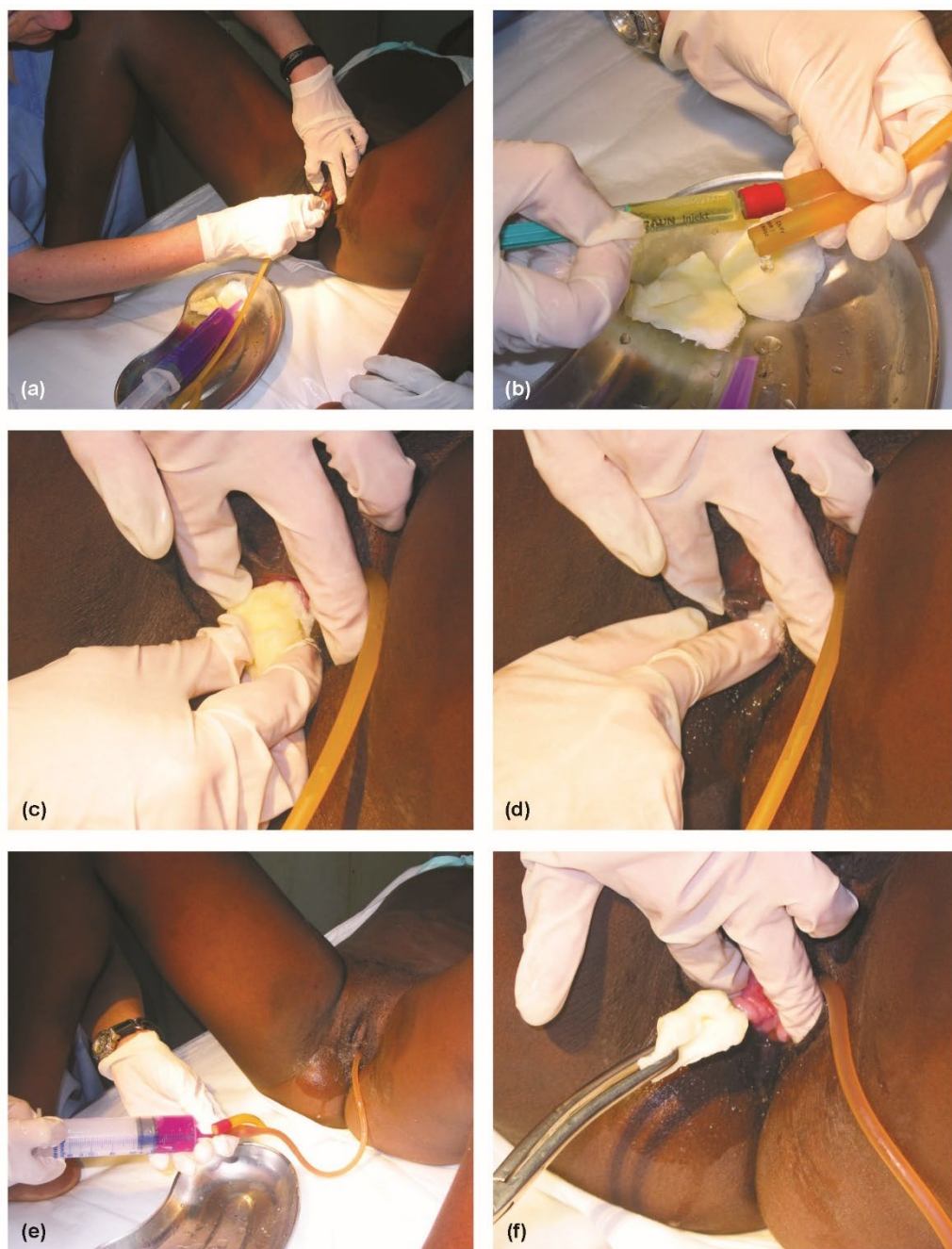
Exposição da parede vaginal anterior através de um espécuro de Sims com a paciente numa posição de decúbito lateral esquerdo.

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.