

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 fistula 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.

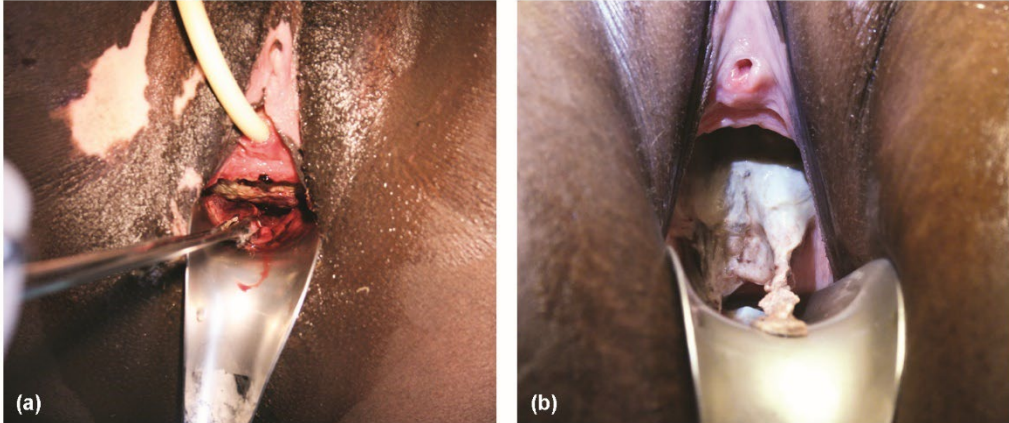
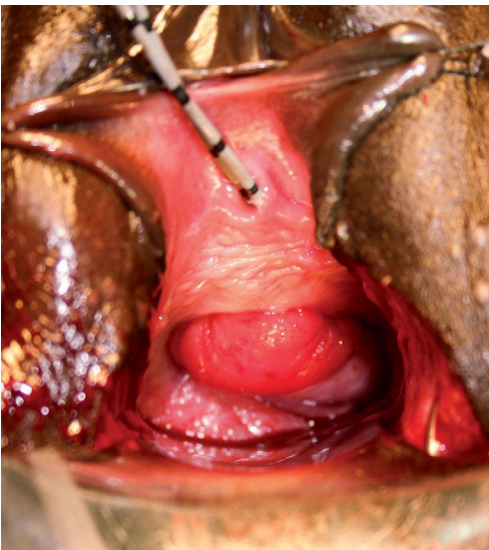


Figura 3.1

- 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 fistulas estão perfeitamente limpas e saudáveis ao final de dois meses, podendo ser reparadas em segurança (Figura 3.2). Em contrapartida, algumas fistulas são nitidamente friáveis mesmo ao final de três meses. Mais do que a idade, é o aspeto da fistula 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 fistula tem apenas dois meses, mas está limpa. Não sangra ao toque e está pronta para reparação.