

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 espéculo de Sims, não se trata de um caso simples.

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

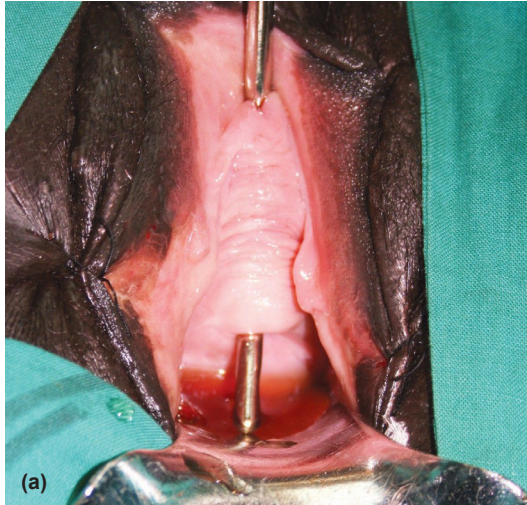
- pequenas fístulas que não envolvam a uretra
- fístulas que apresentam o mínimo de cicatriz
- fístulas que são facilmente acessíveis.

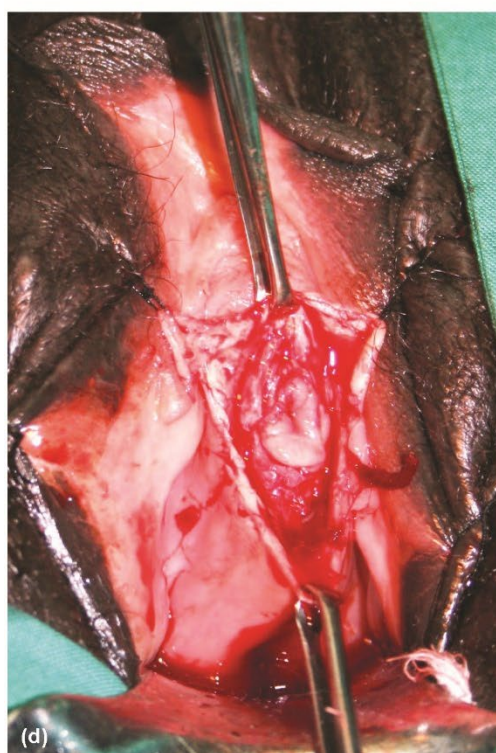
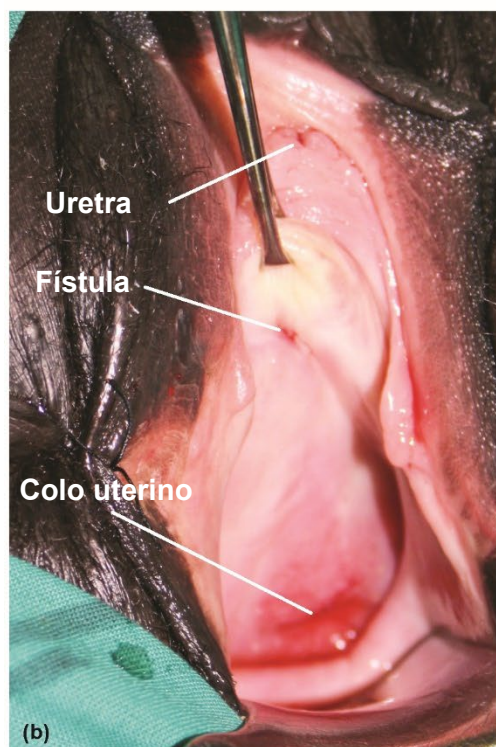
Um caso ideal

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 retrair 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.

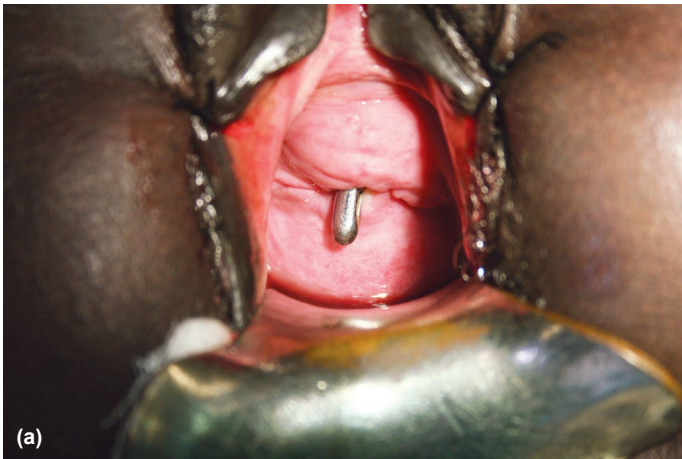
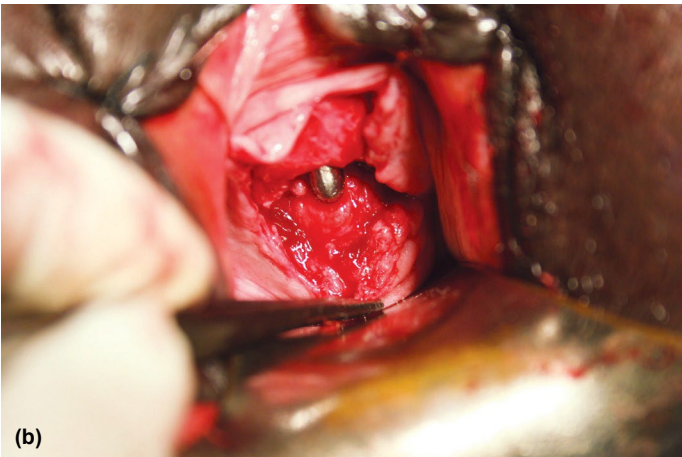
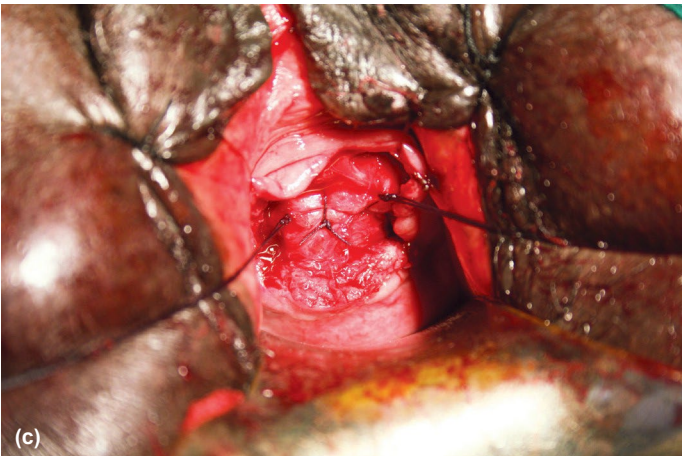


Figura 6.2

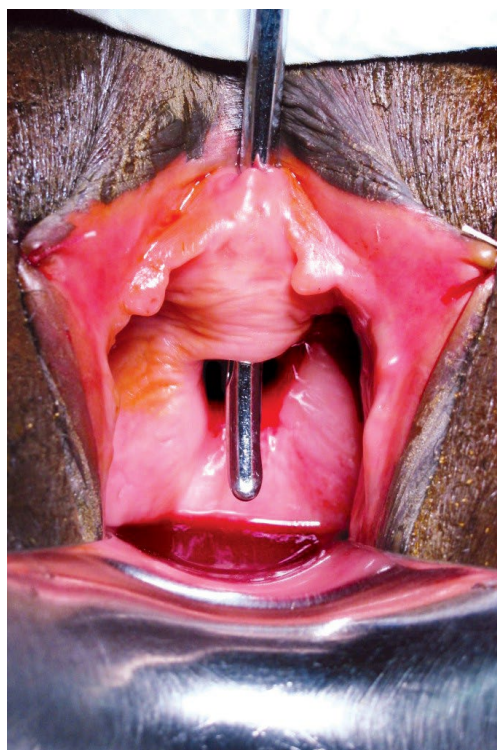
a) Outro caso simples, mole, sem cicatrizes na linha média e afastado da uretra e do colo uterino, Goh 1ai.



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



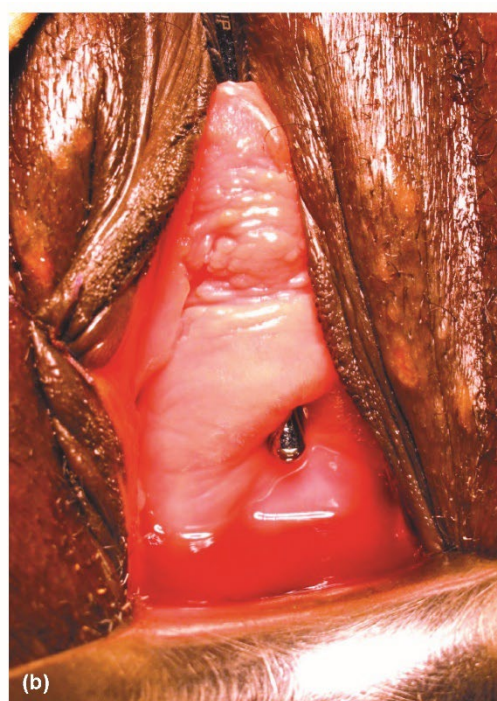
c) A bexiga é fechada numa só camada com suturas interrompidas.

**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.



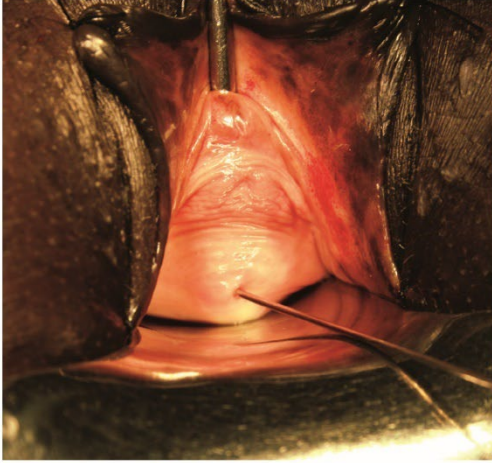
(a)



(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**

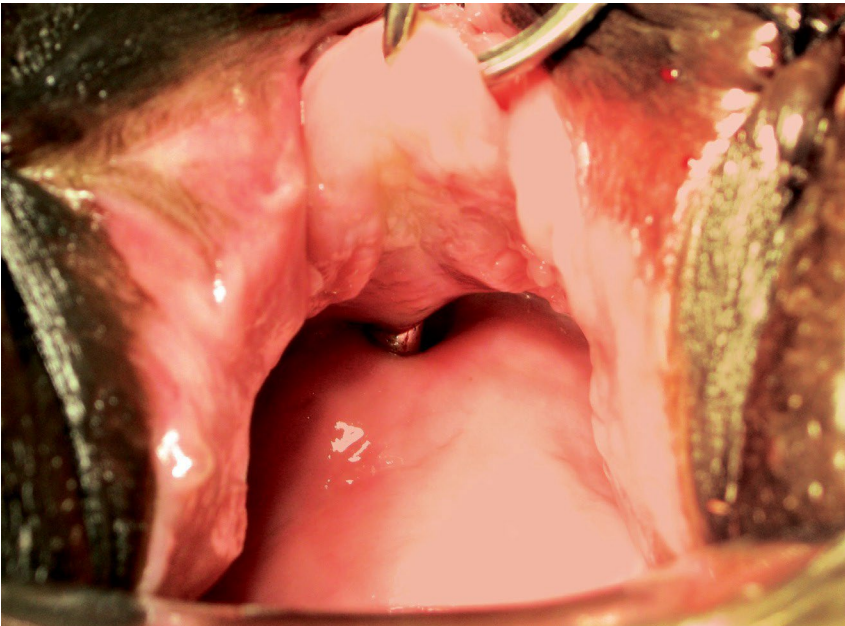
Esta é uma fístula do tipo puntiforme, Goh 1ai. Parece simples, mas é muito fácil de perder após a mobilização. É melhor tentar deixar a sonda no local até ao fim da reparação.

**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.

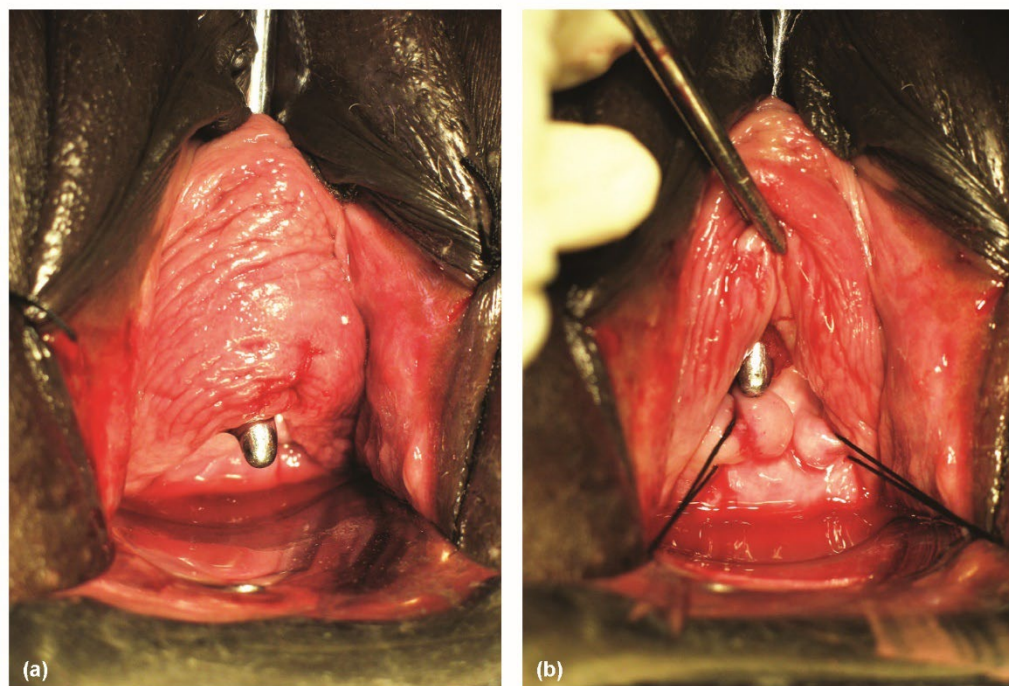
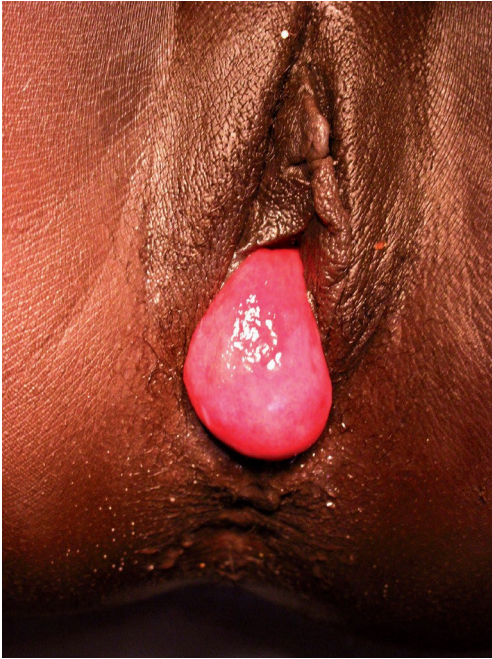


Figura 6.8

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 fístula 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.

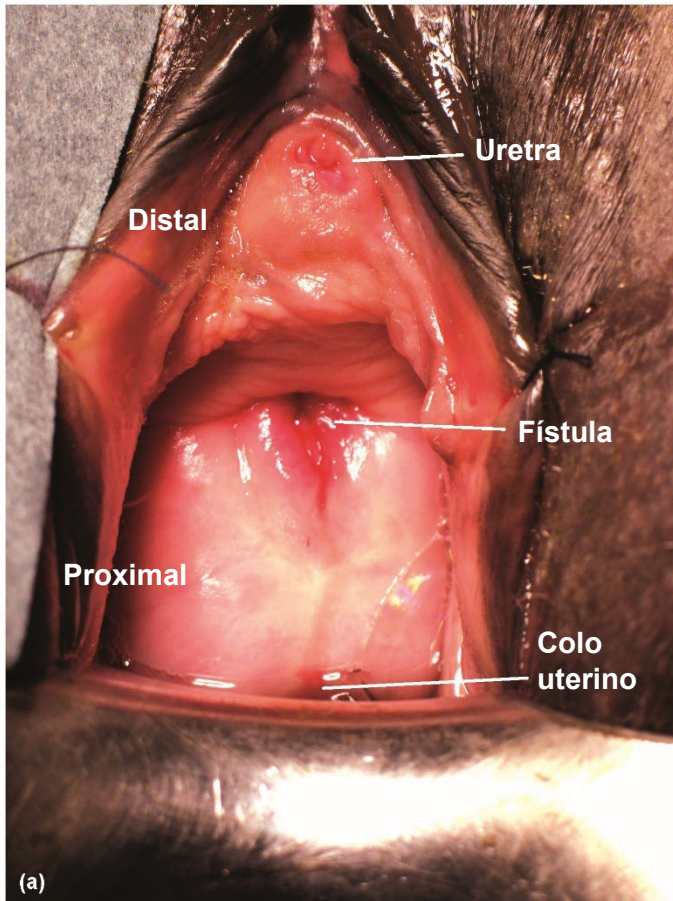
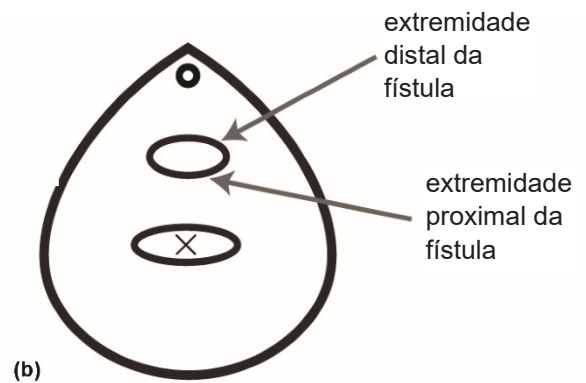


Figura 6.11

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.



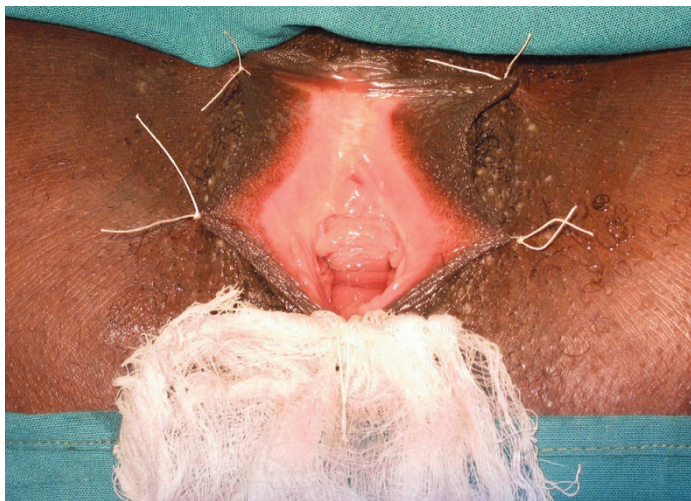


Figura 6.12

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.

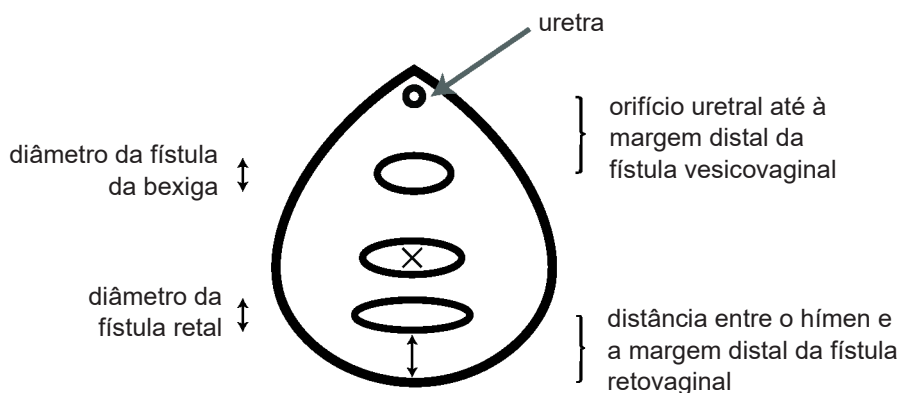


Figura 6.13

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)

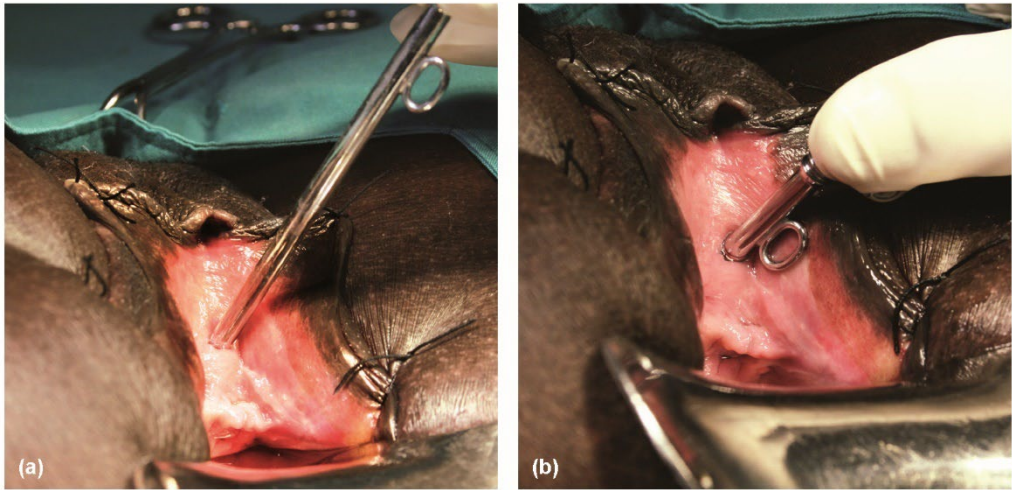


Figura 6.14

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.

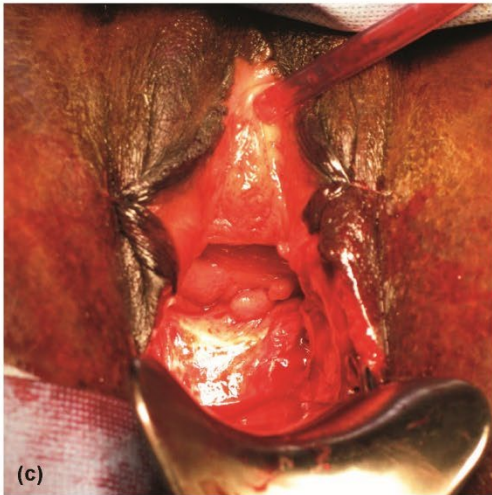
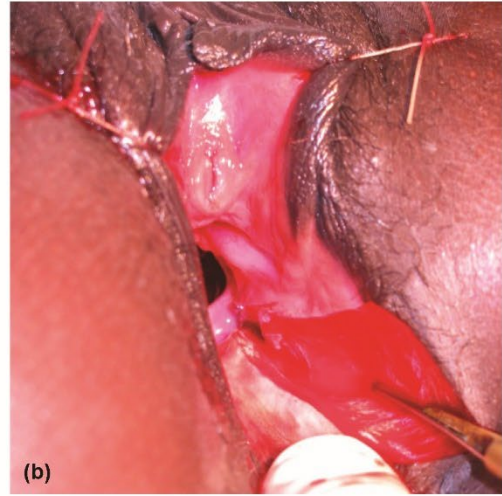
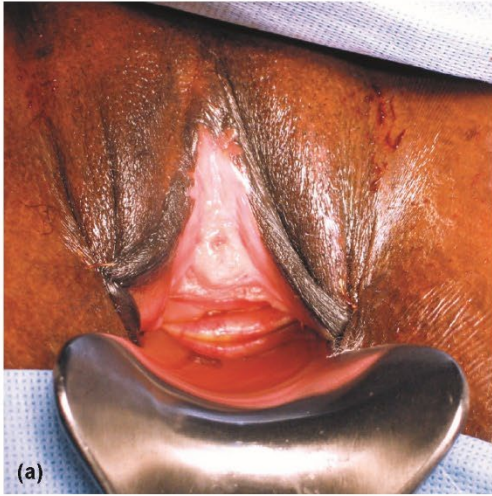
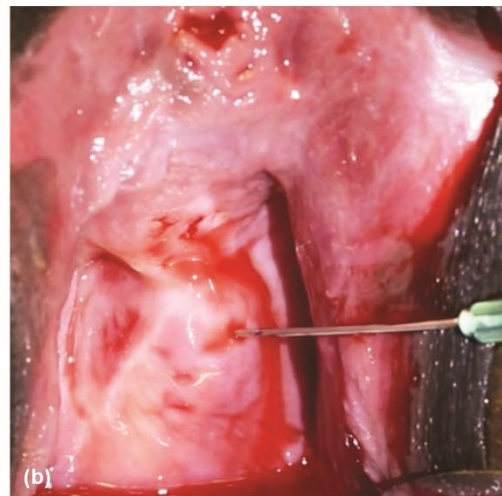
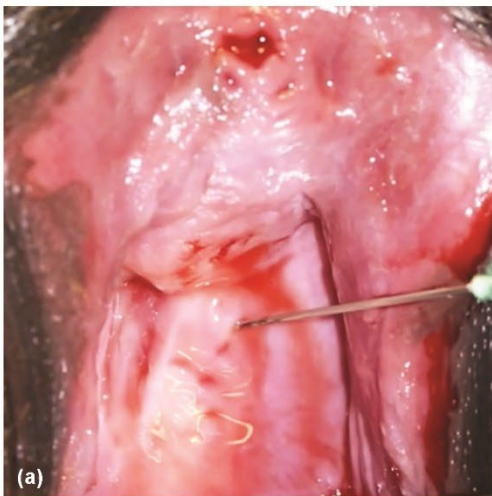


Figura 6.15

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 dissecação 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.

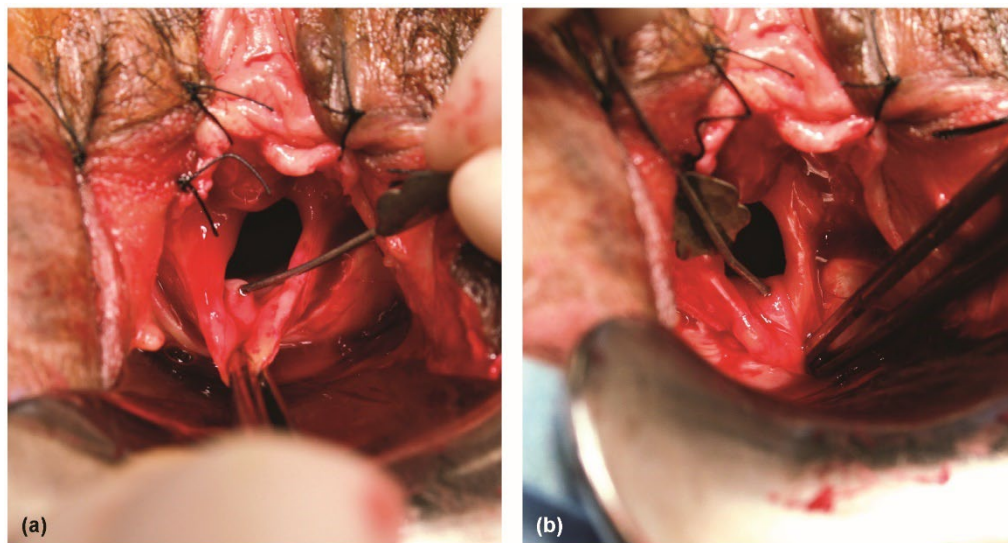
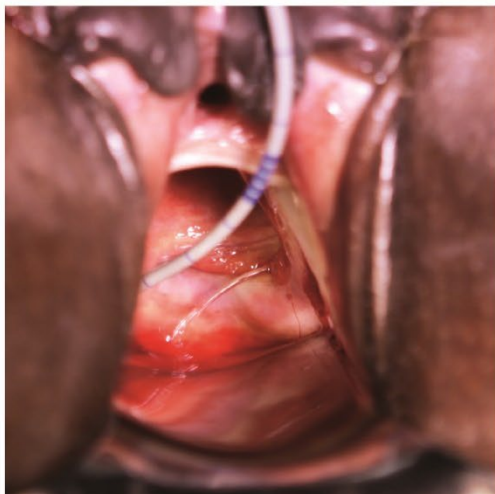


Figura 6.17

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

Mobilização, dissecação e separação das camadas

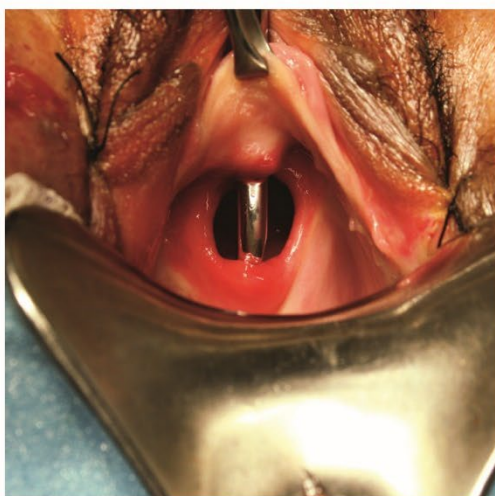
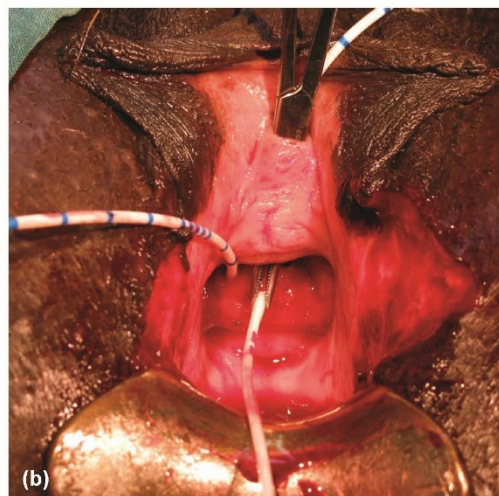
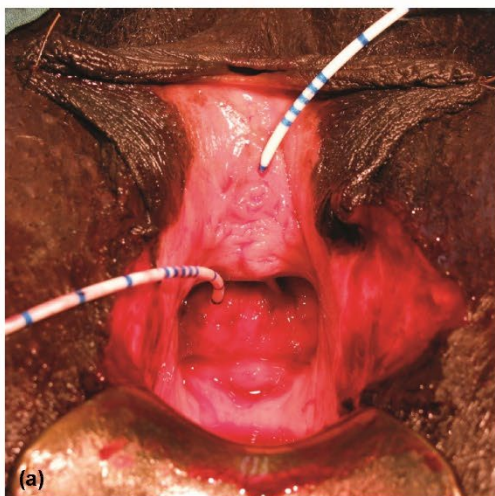
Inicialmente, a parede vaginal distal à fístula deve ser segurada com a pinça de Allis. A tração em sentido ascendente permite ver a fístula. (Figura 6.20)

**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.

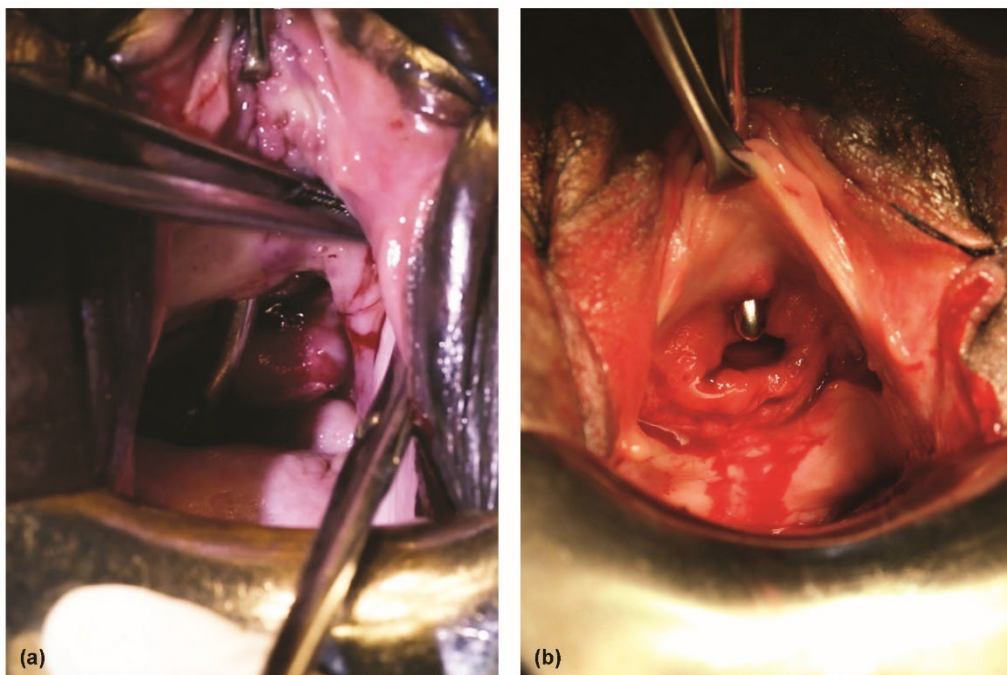


Figura 6.21

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.

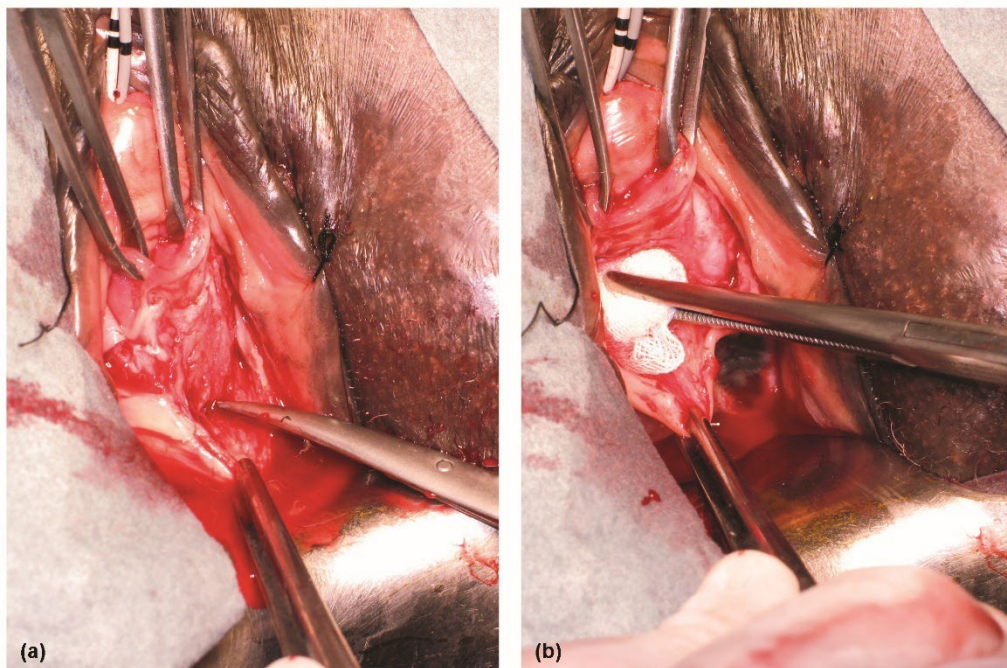


Figura 6.22

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.

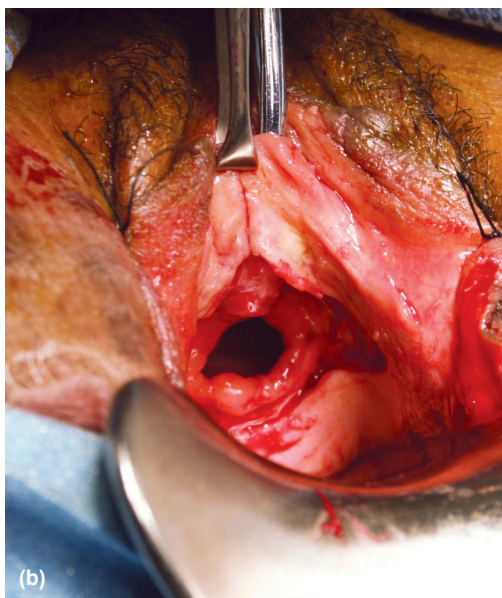
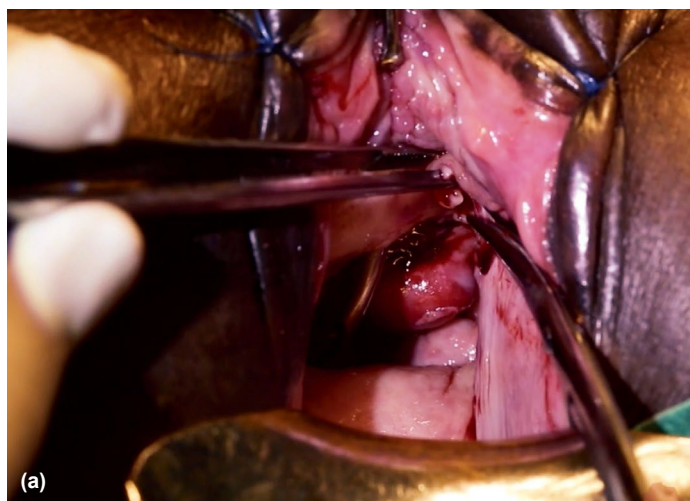


Figura 6.23

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.

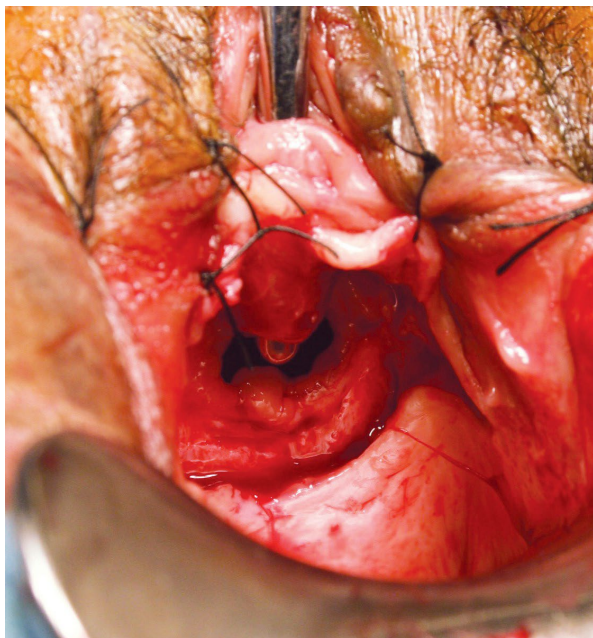
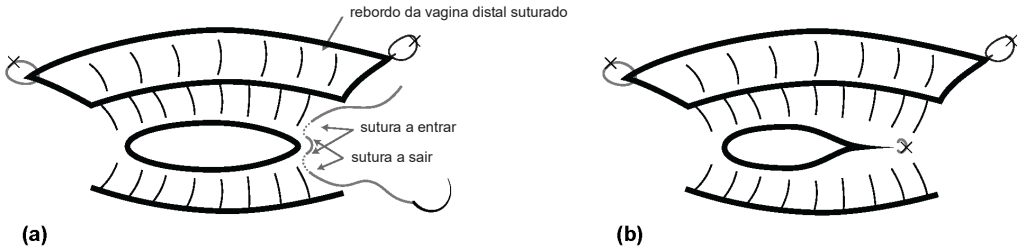


Figura 6.24

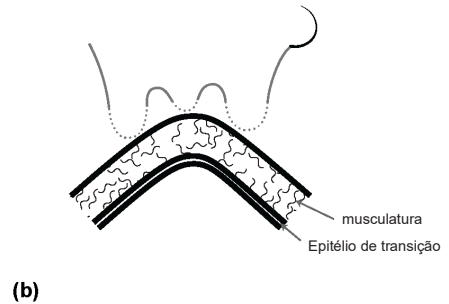
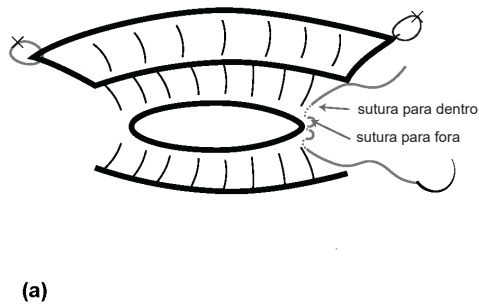
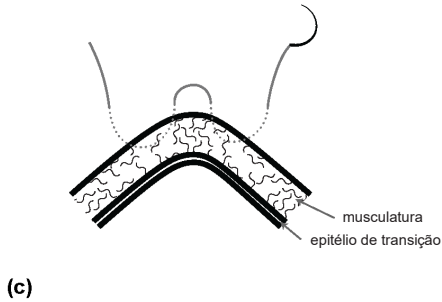
O rebordo da vagina distal está agora suturado por forma a desimpedir o caminho. Não puxe demasiado as suturas nem rasgue os tecidos. Apenas pretende a retração por forma a desimpedir o caminho.

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.

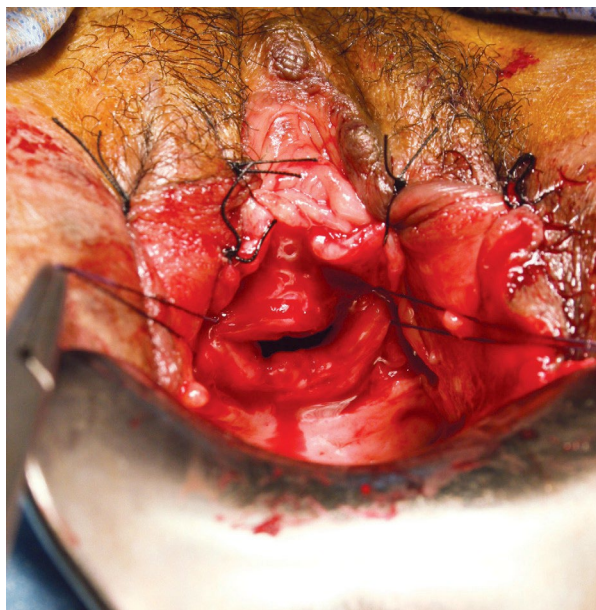
**Figura 6.26**

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.

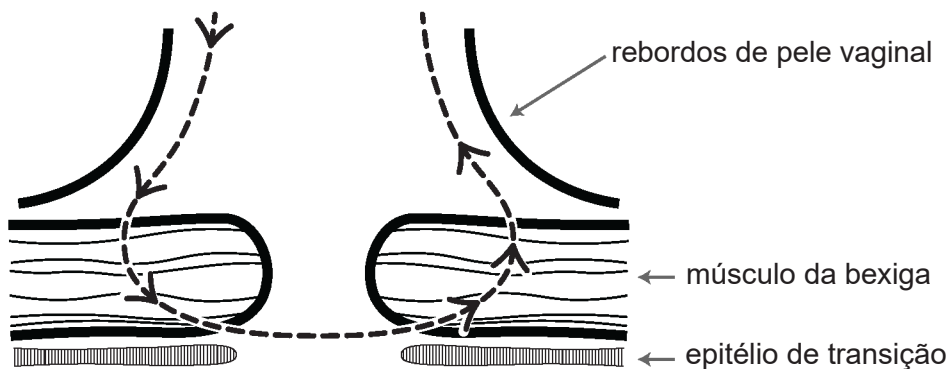
É muito importante garantir que não existe qualquer protrusão da mucosa da bexiga em qualquer parte da linha de sutura. Isto é especialmente verdade nos cantos. A sutura inclui apenas o músculo da bexiga. A mucosa é excluída da reparação para inverter a mesma para a bexiga. (Figura 6.28)

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.

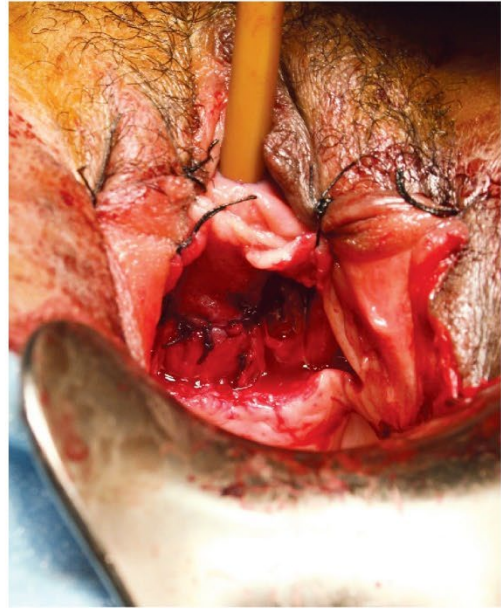


Figura 6.30

A bexiga está agora bem fechada.

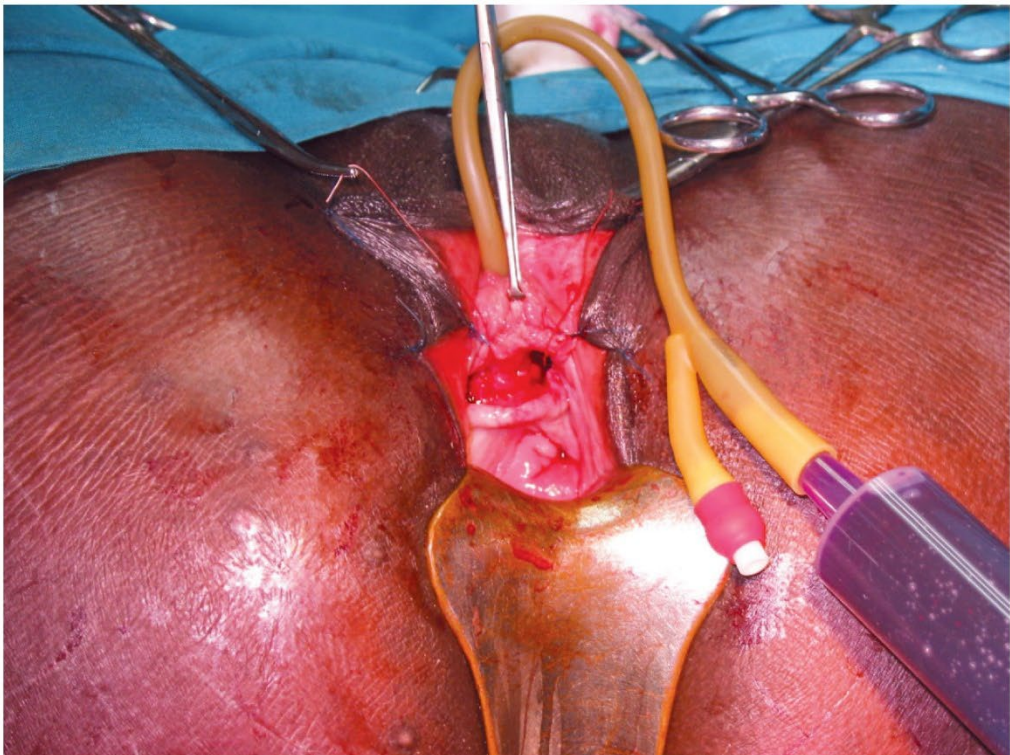


Figura 6.31

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 infetado 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.

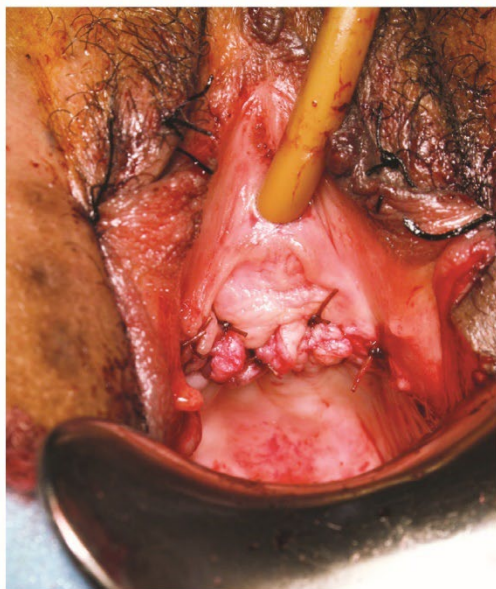


Figura 6.33

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.

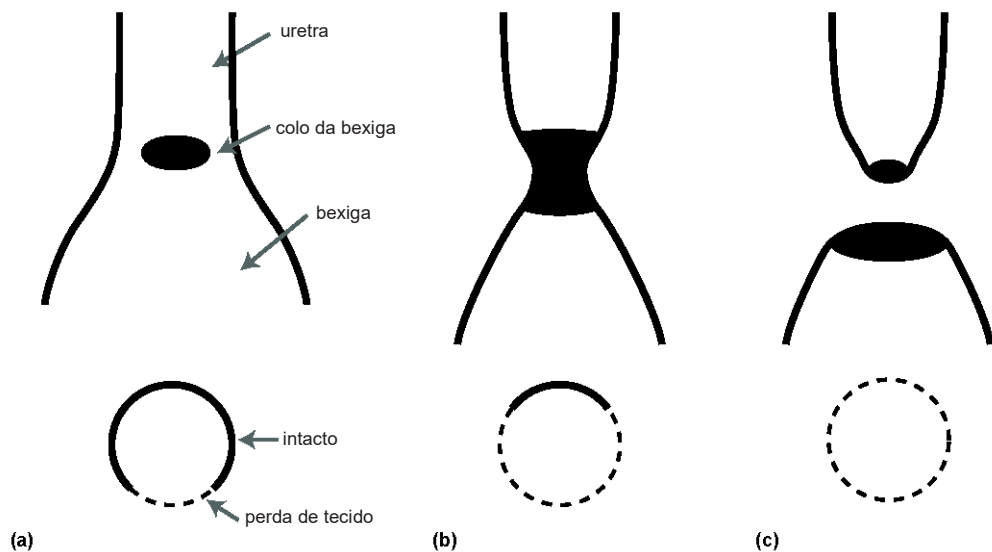
Qualquer pessoa que leia os manuais de reparação de fístulas vesicovaginais pode ficar com a impressão de que a fístula é um simples orifício na base da bexiga que precisa de ser fechado transversalmente numa camada até à bexiga, com a reparação da vagina por cima. O conceito de perda circunferencial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

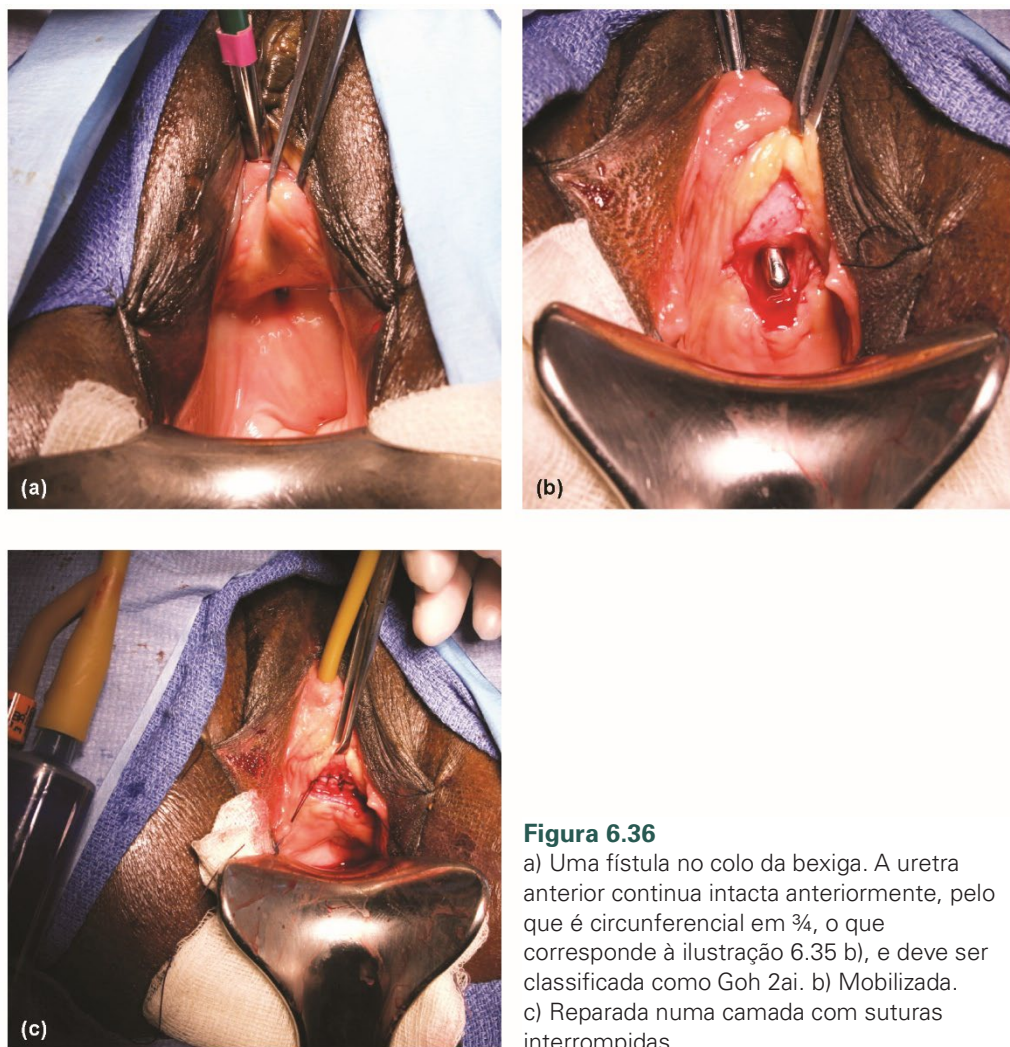


Figura 6.36

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.

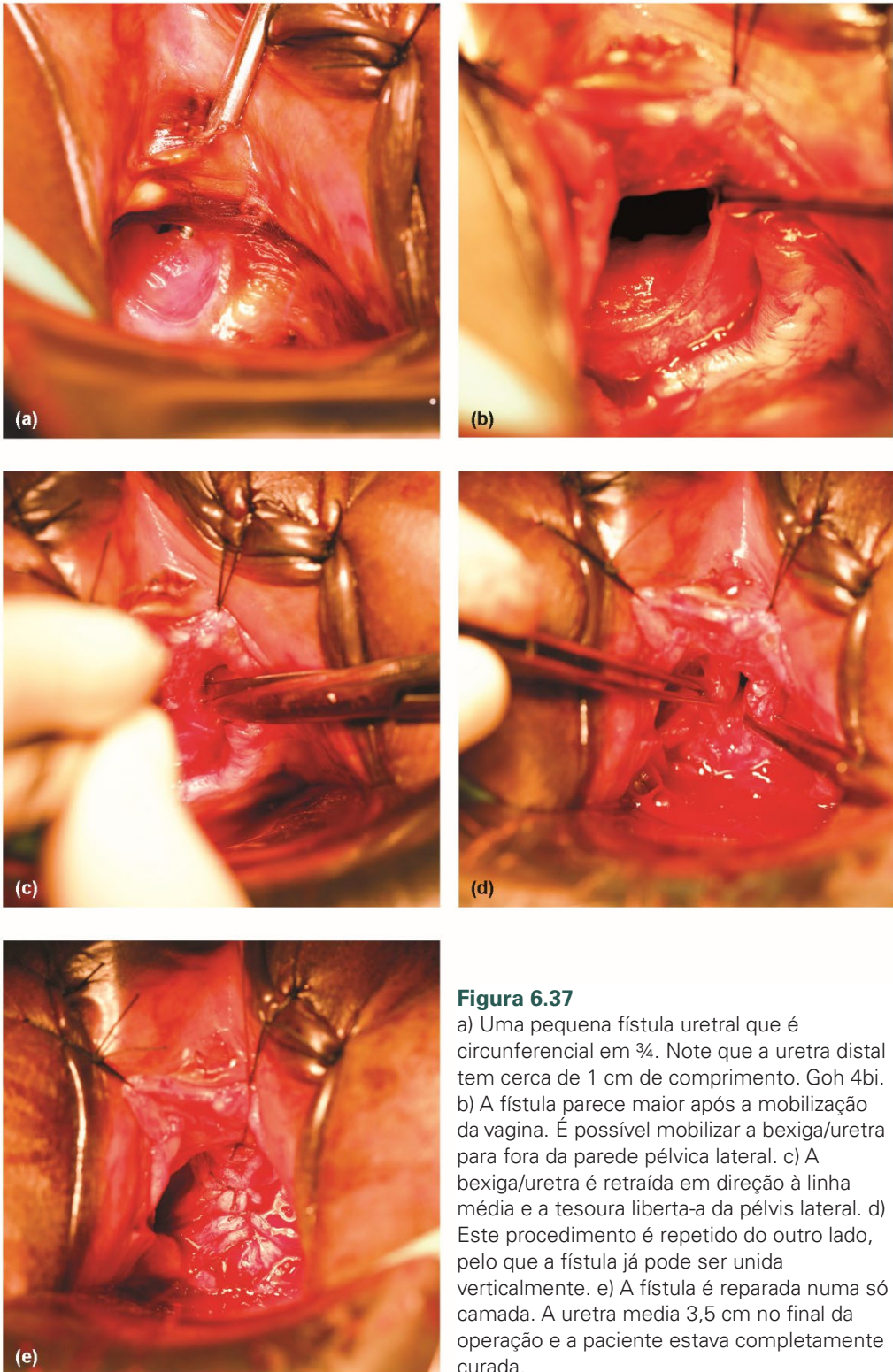


Figura 6.37

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.

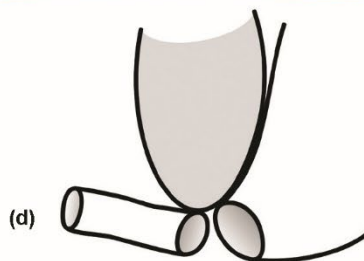
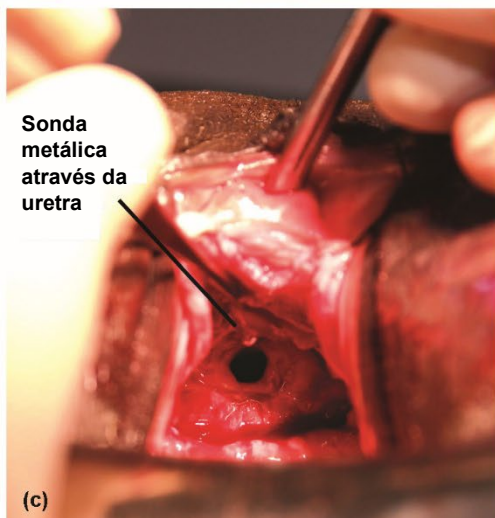
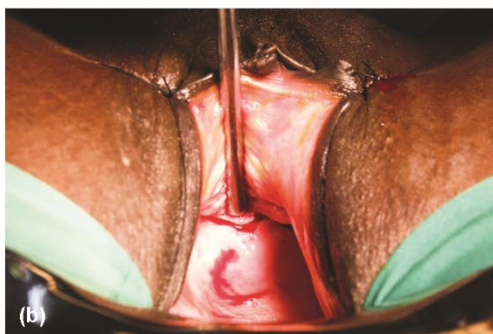
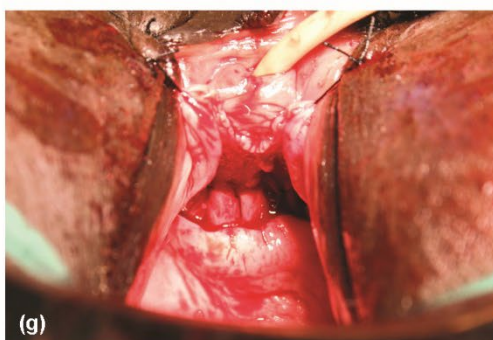
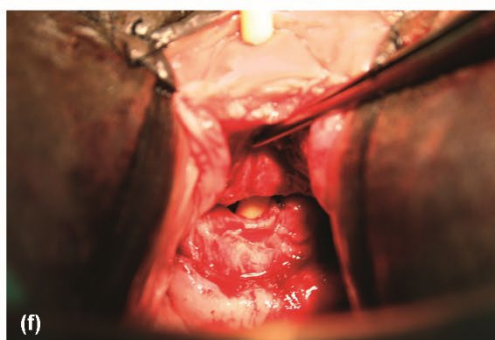
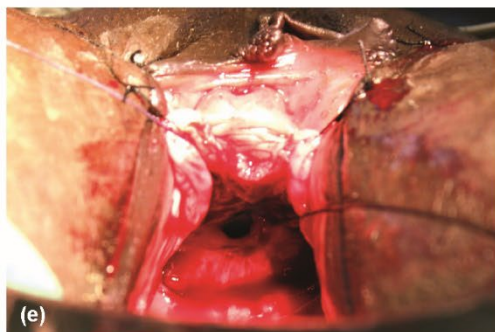


Figura 6.38

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 retrain 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 iii), 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.

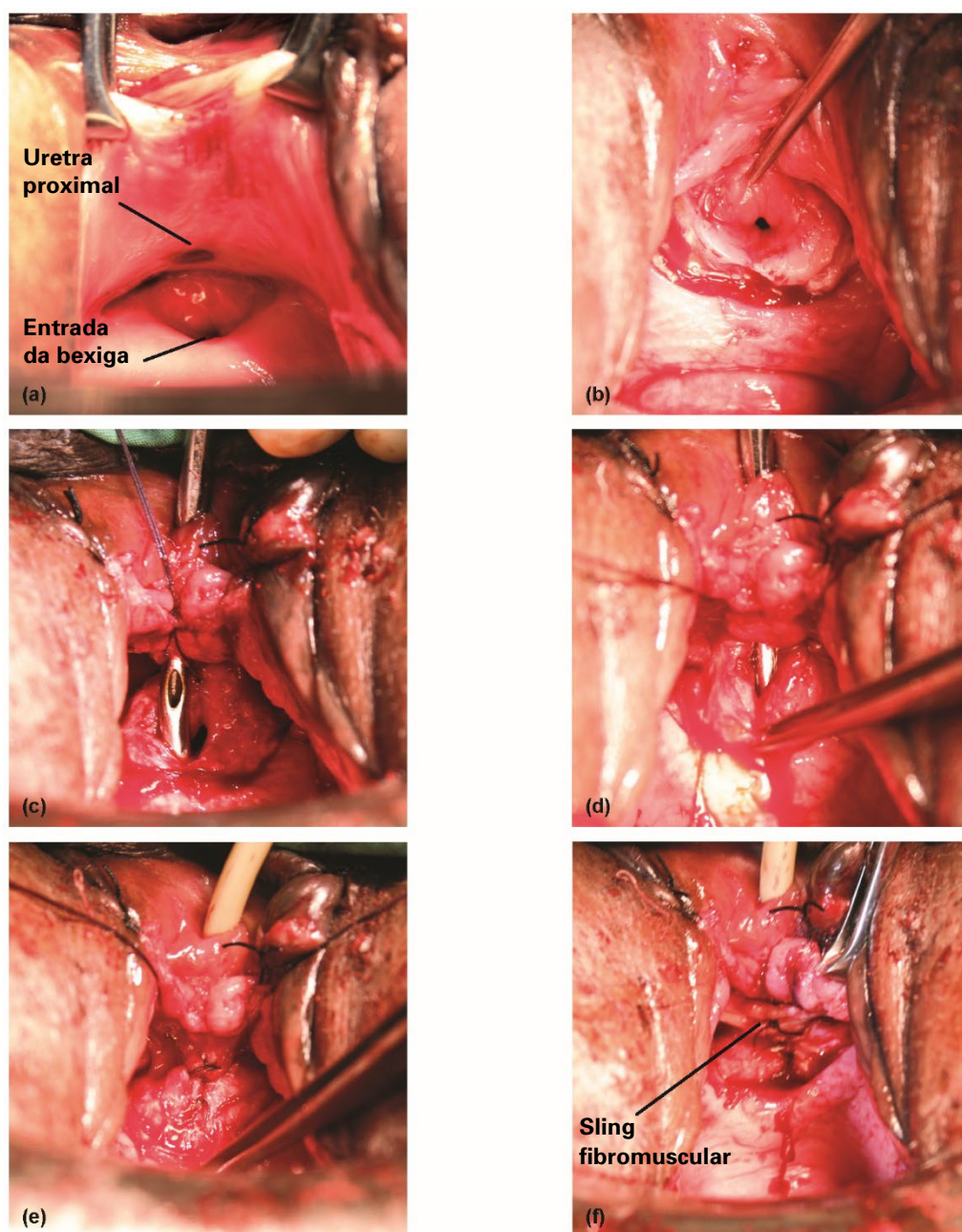


Figura 6.39

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.

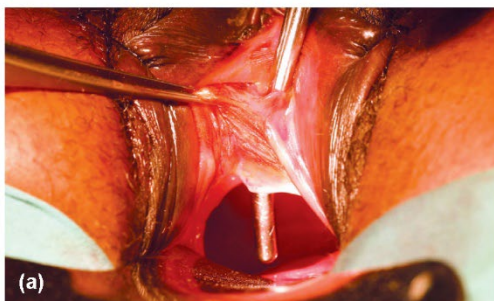
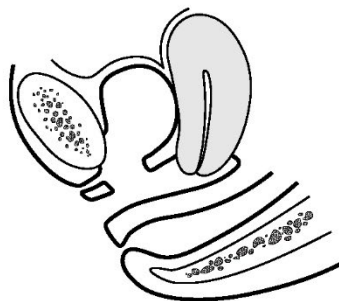


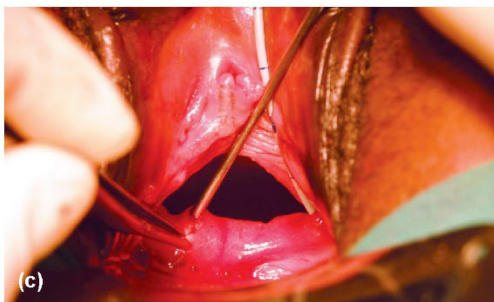
Figura 6.40

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



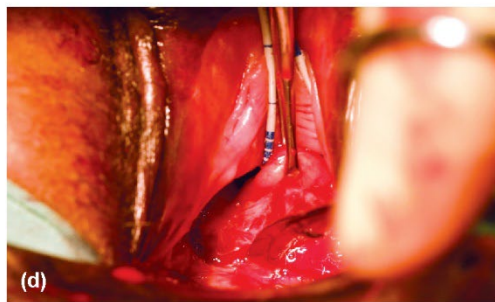
(b)

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

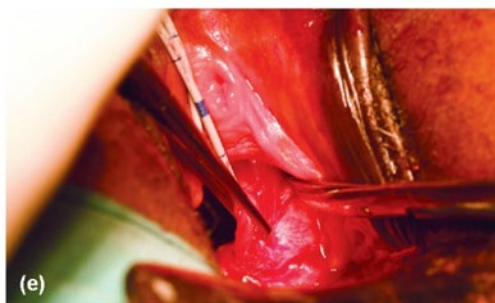
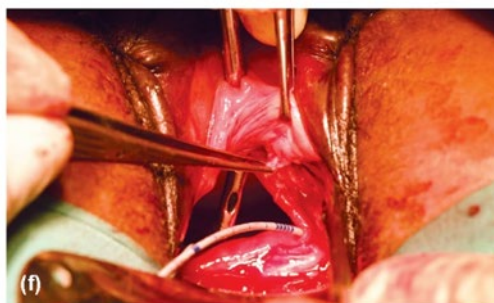
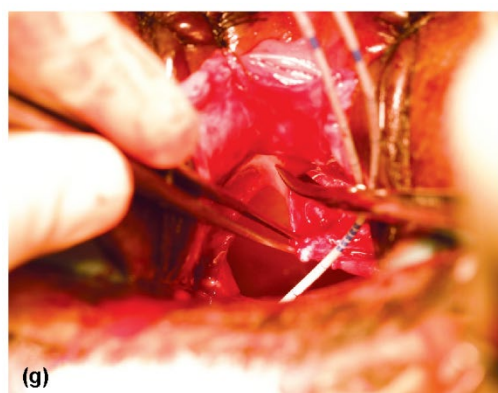


Figura 6.40 (continuação)

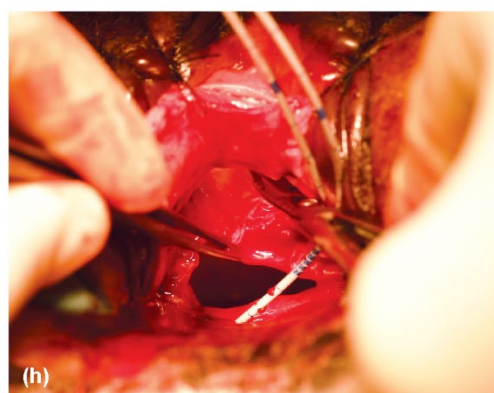
e) Mobilize a bexiga para fora da parede pélvica lateral de ambos os lados.



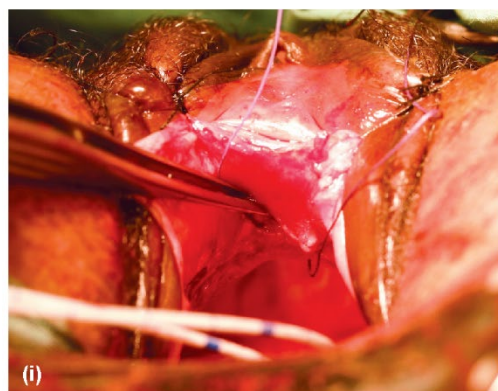
f) A mobilização vaginal distal. Começo lateralmente e vou-me movimentando com a curva da tesoura.



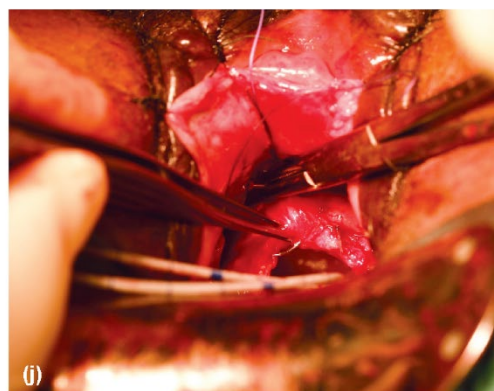
g) Estou agora a libertar anteriormente a bexiga do osso púbico e a entrar na Caverna de Retzius.



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

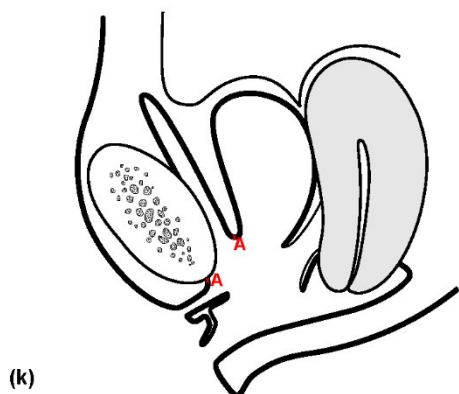
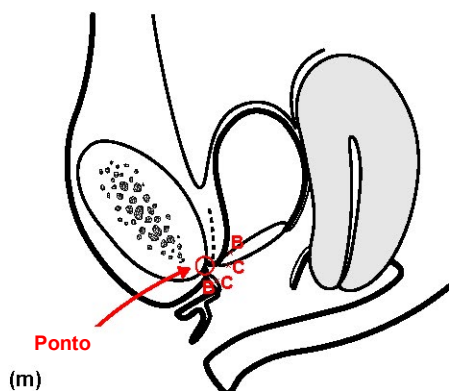
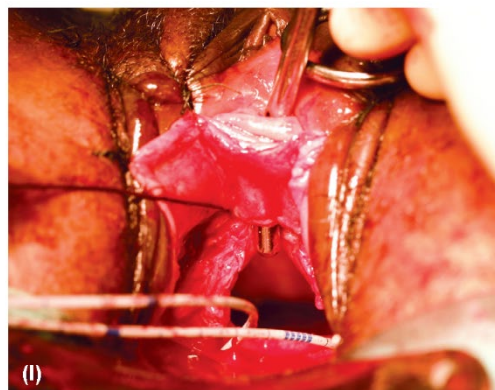


Figura 6.40 (continuação)

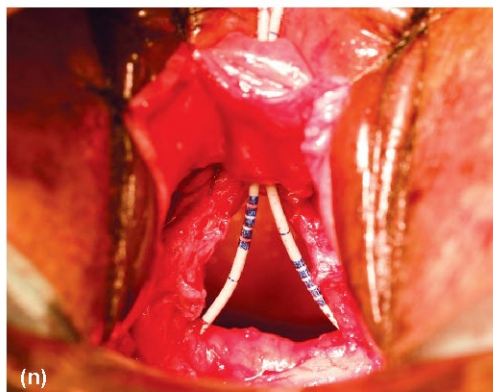
k) União de "A" conforme indicado no diagrama. O ponto das 12 horas foi efetuado corretamente.



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



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

Continuação

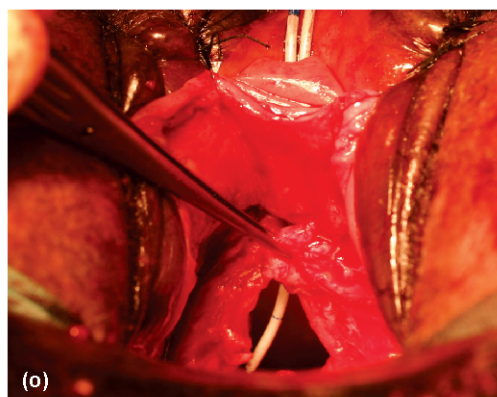
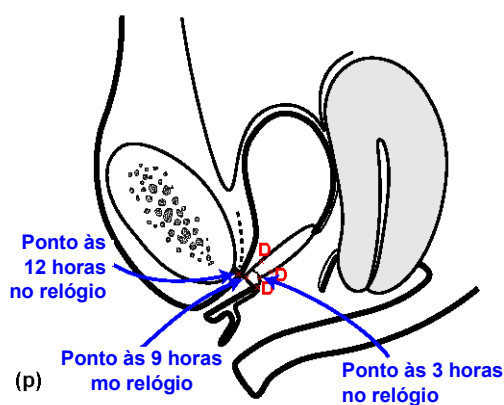
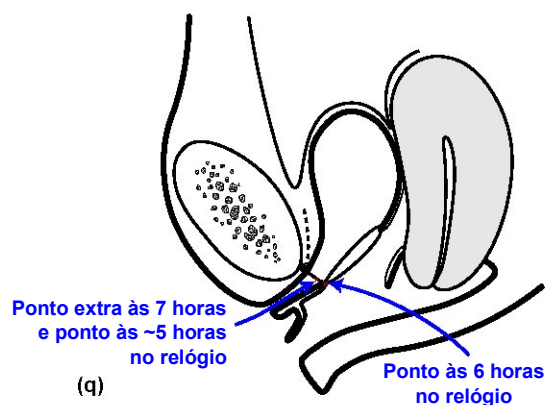


Figura 6.40 (continuação)

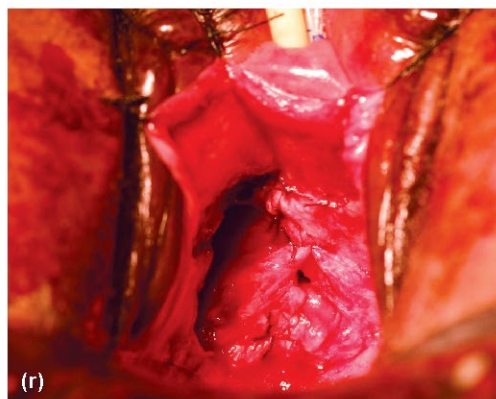
o) Agora é necessário alongar a uretra, puxando o que antes era a bexiga anterior para a uretra posterior e efetuando um ponto de três vias.



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

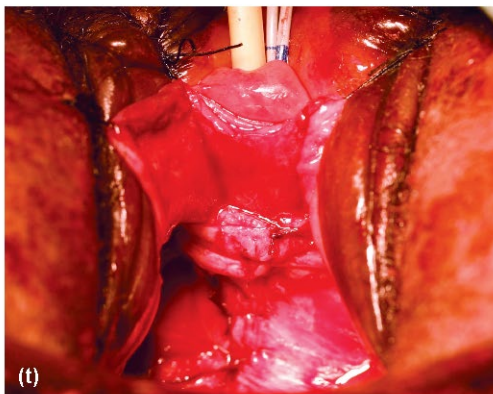
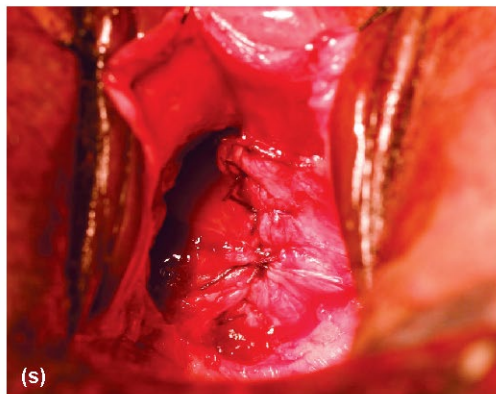
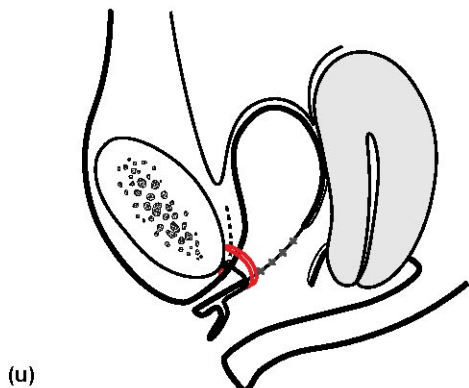


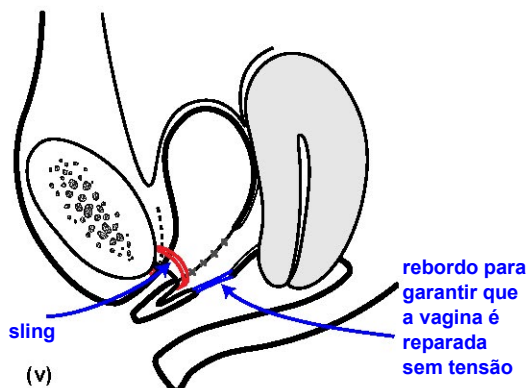
Figura 6.40 (continuação)

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").



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



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.

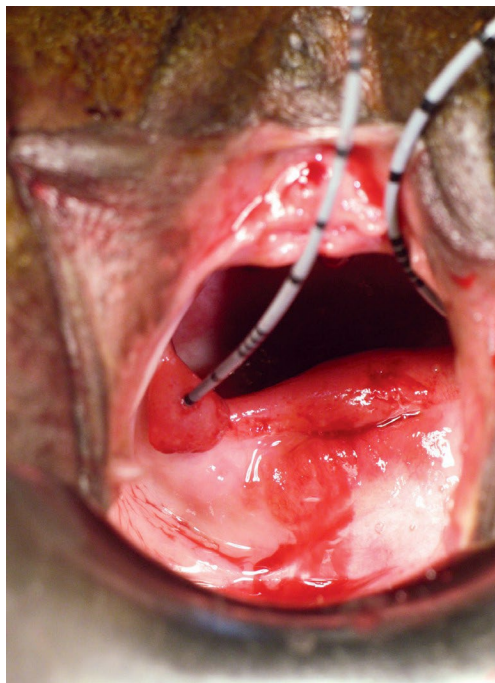


Figura 6.41

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)

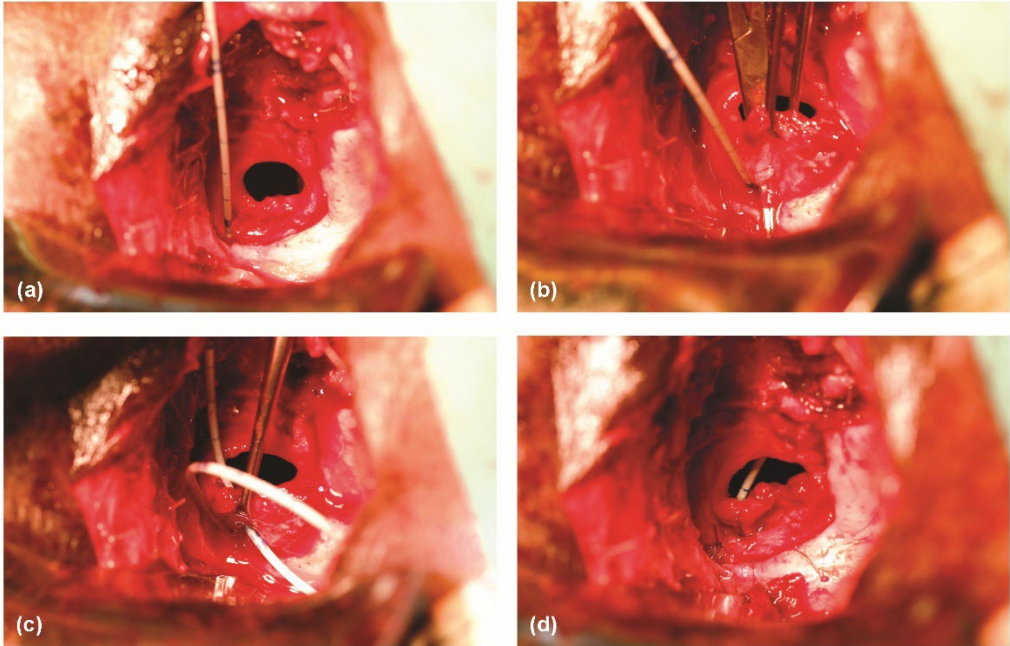


Figura 6.42

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.

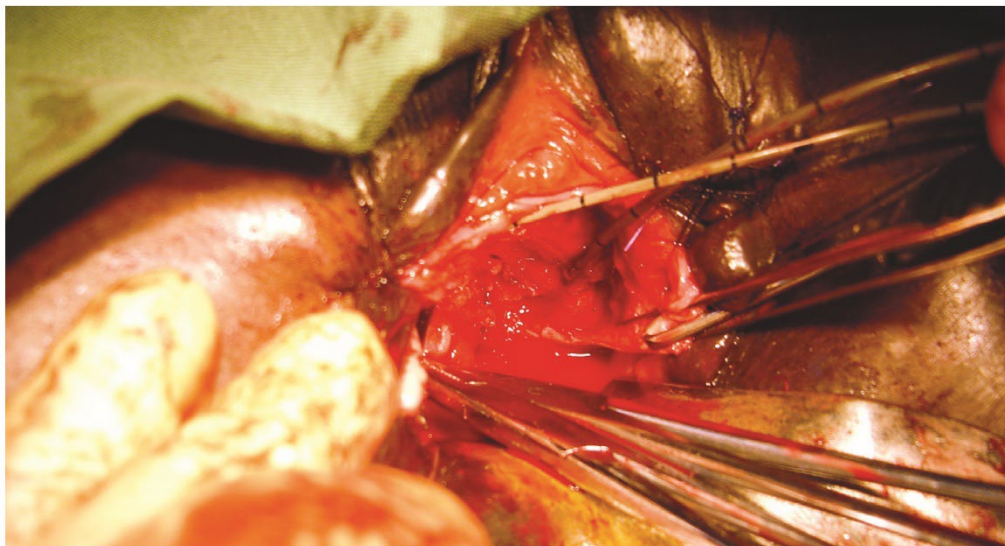


Figura 6.43

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 INTRACERVICAIS

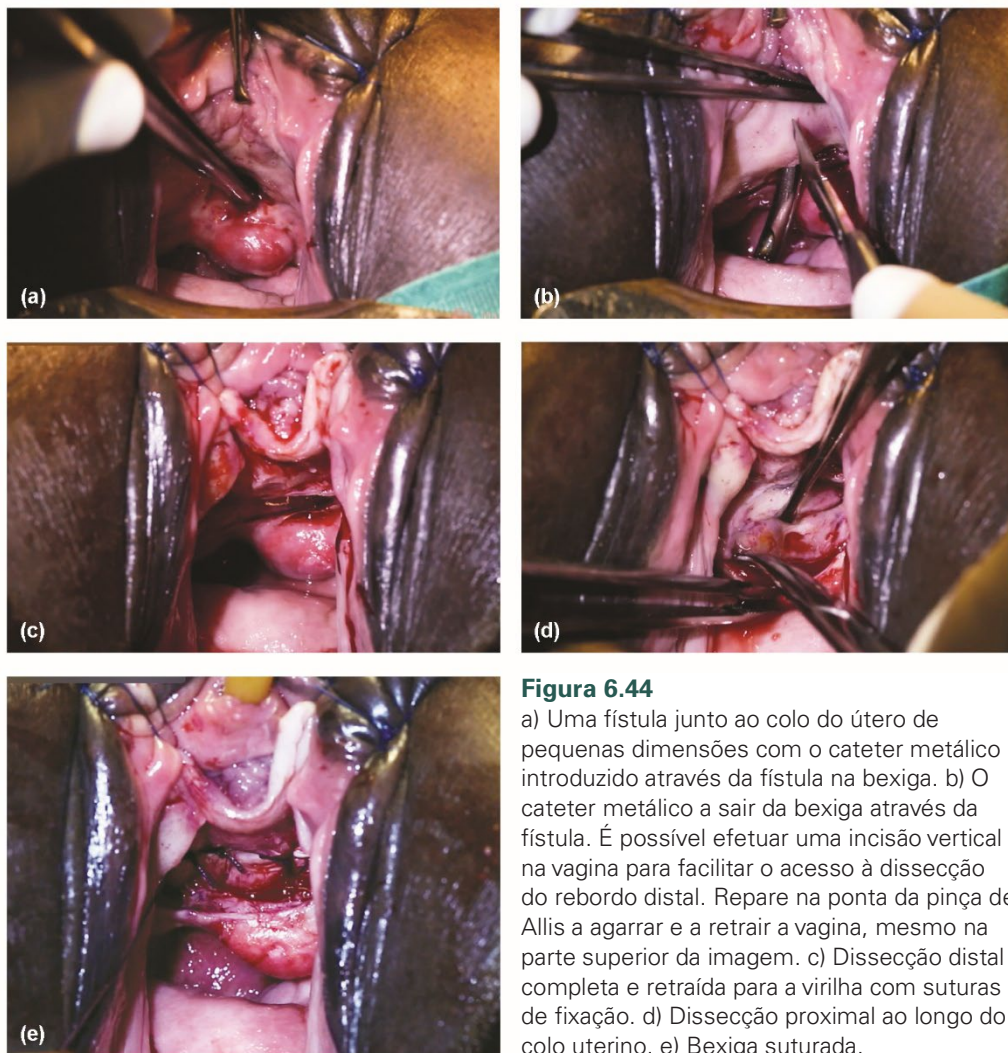
Por norma, a fístula existente na região do colo uterino é designada por fístula junto ao colo do útero. As fístulas desta região podem ser divididas em três tipos principais:

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 espécúlo 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 espécúlo.

**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 furosemina 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.

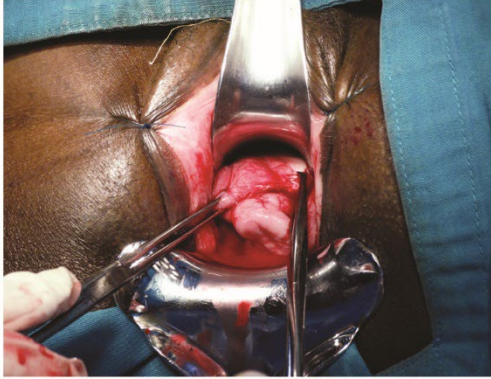


Figura 6.45

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

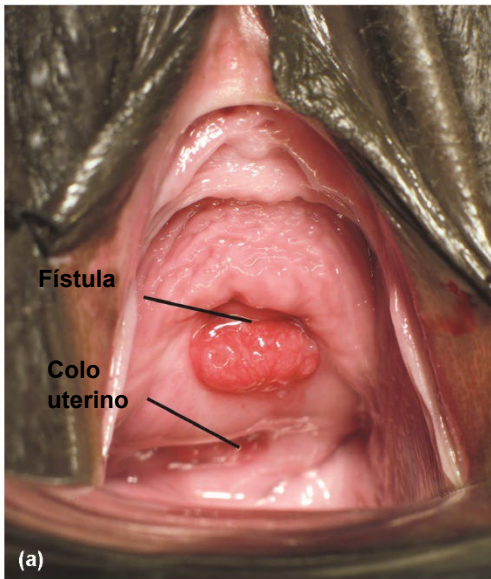


Figura 6.46

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 fistula.

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.

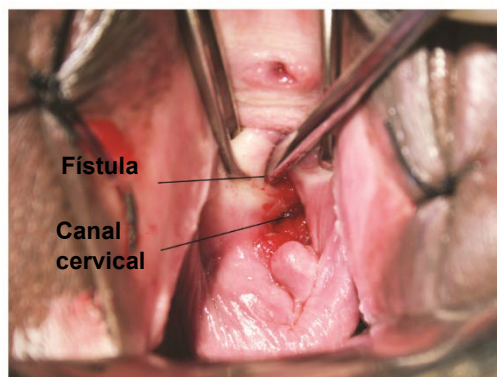


Figura 6.47

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

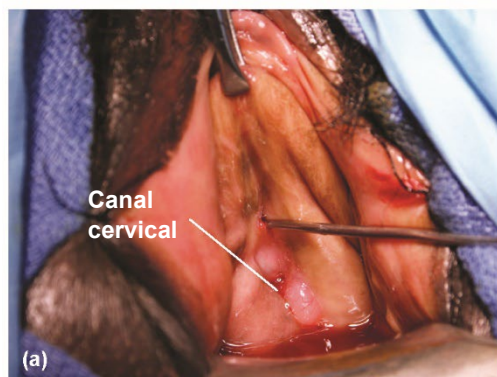


Figura 6.48

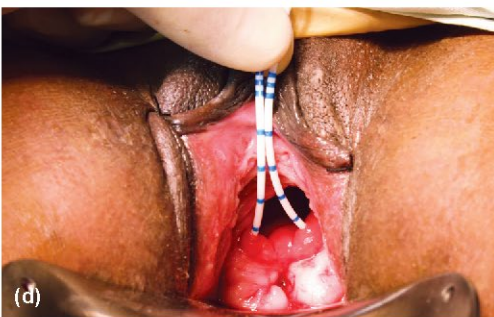
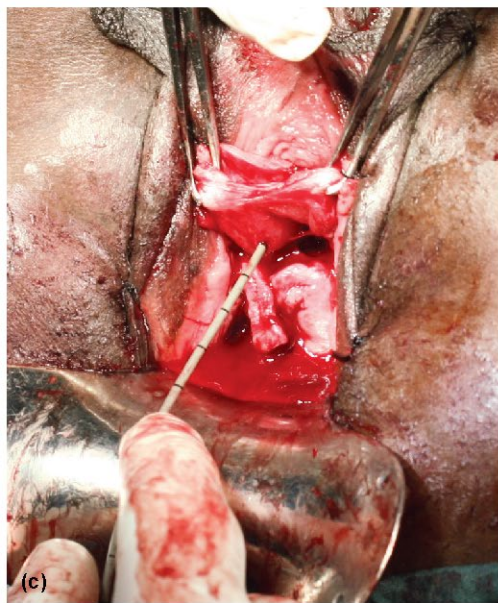
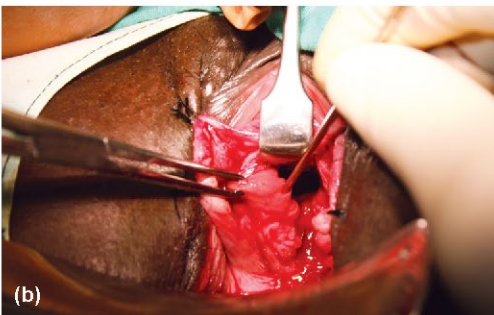
a) Uma fístula minúscula junto ao colo do útero. Repare que o colo uterino anterior está dividido.
b) É refletido a partir do colo uterino e repare novamente que o colo uterino anterior está dividido e terá de ser reparado. A fístula é tão pequena que seria impossível identificar formalmente os ureteres. 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.

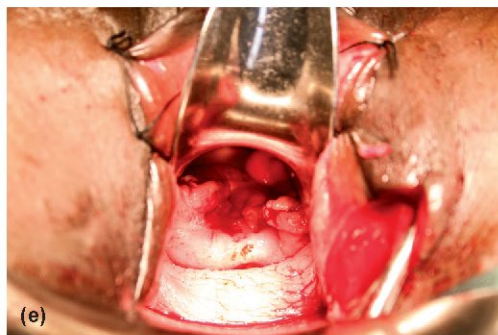
Por norma, neste tipo de casos, o colo uterino anterior está danificado e, por vezes, surge completamente aberto. Após a reparação da fístula, será necessário tentar aproximar as extremidades do colo uterino rasgado e, em seguida, reparar a vagina em conformidade.

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



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 retrair a bexiga com um espéculo de Langenbeck ou espéculo 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 espéculo 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.

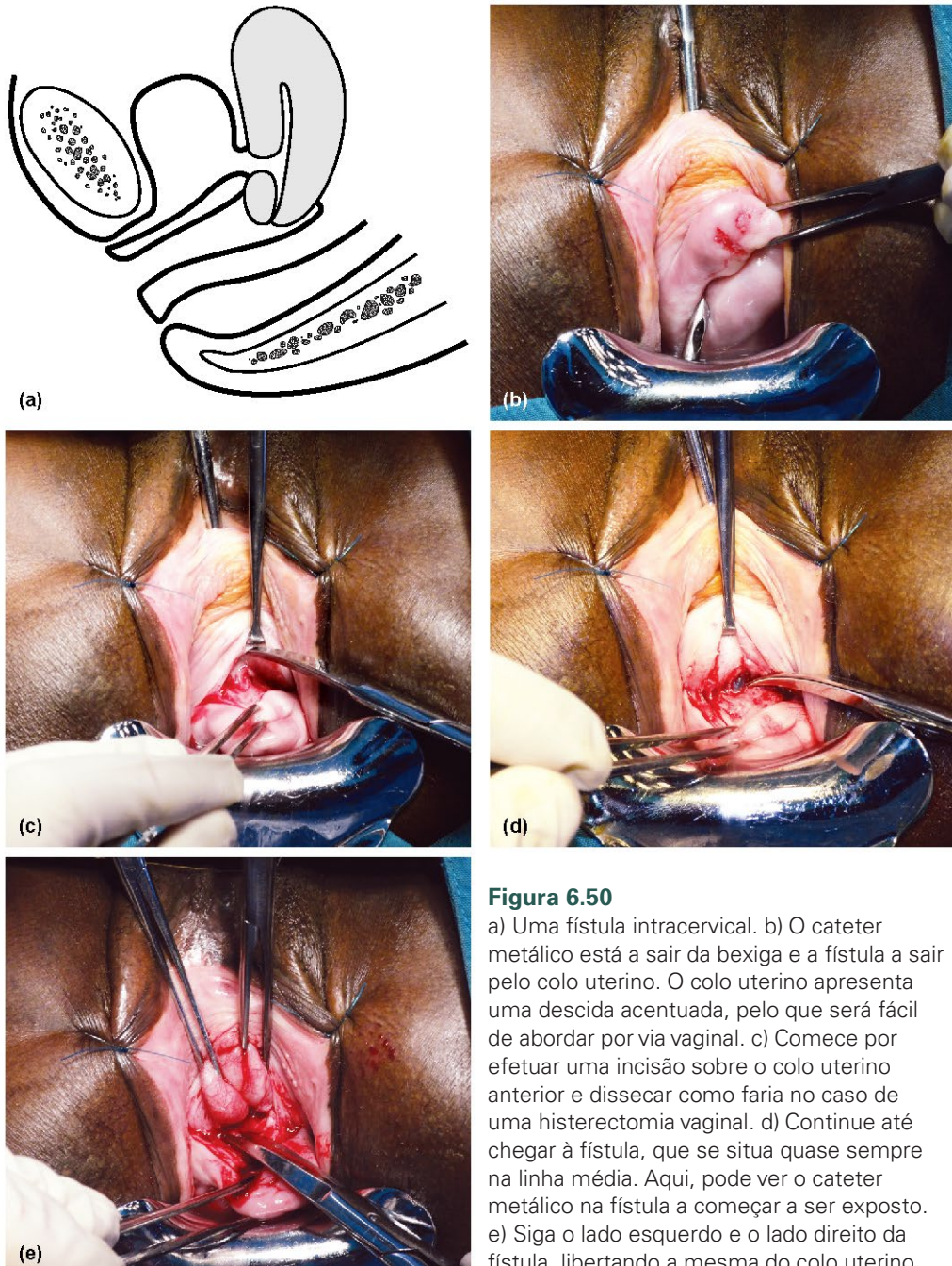


Figura 6.50

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

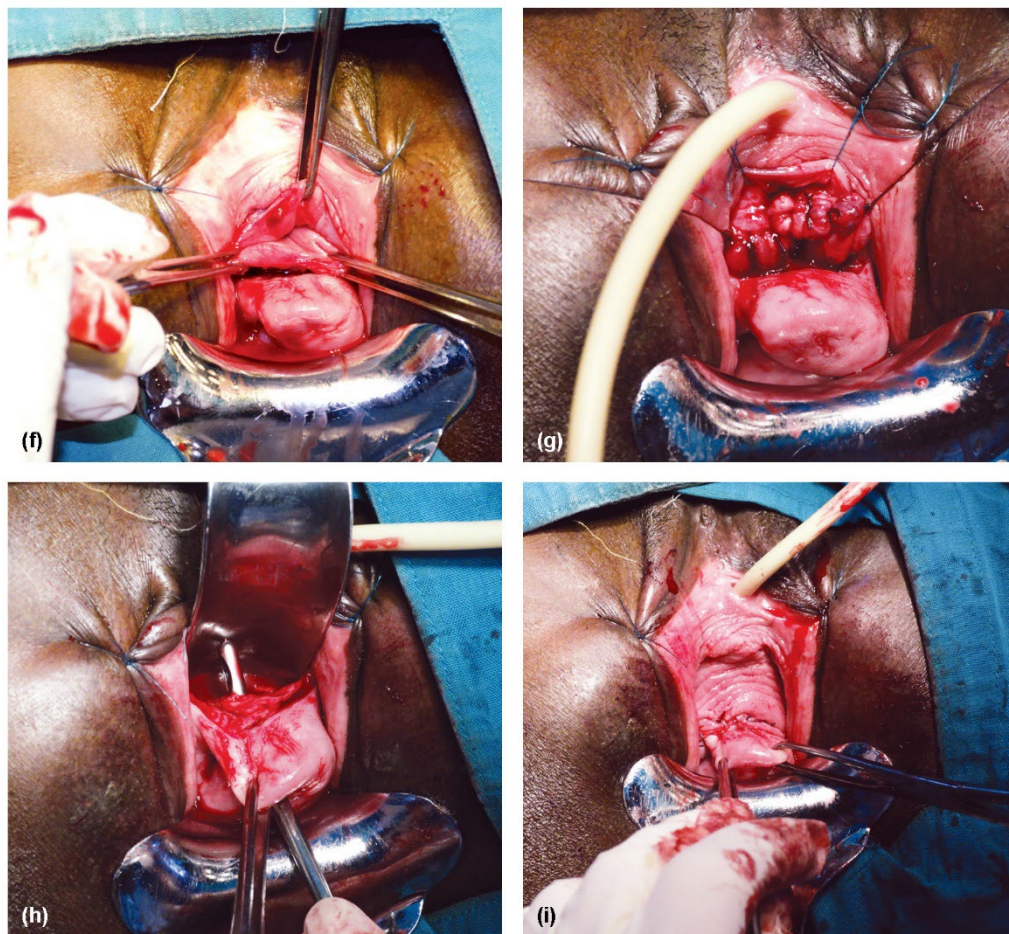


Figura 6.50 (continuação)

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

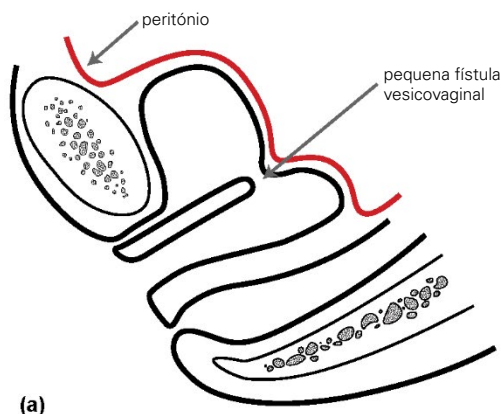
As fístulas da cúpula vaginal ocorrem após a realização de uma histerectomia. Pode existir um resto de tecido cervical incorporado na cúpula vaginal, em especial quando a operação se tratar de uma histerectomia por cesariana. (Figura 6.51)

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.

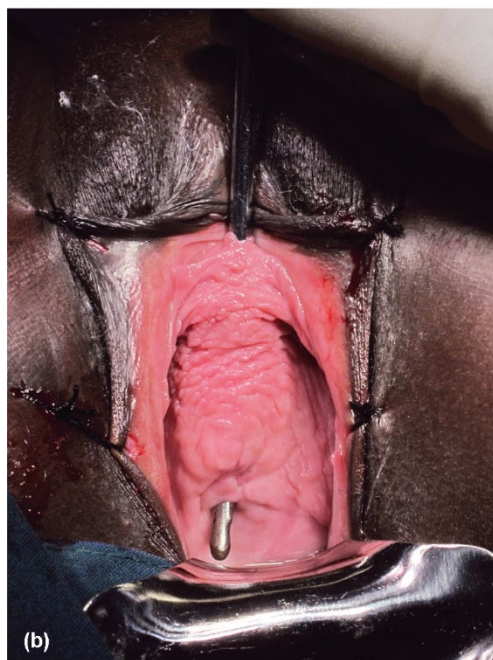
Alguns cirurgiões também preferem reparar estas fístulas por via abdominal, embora, com a devida prática, as mesmas possam ser facilmente reparadas por via vaginal.



(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.

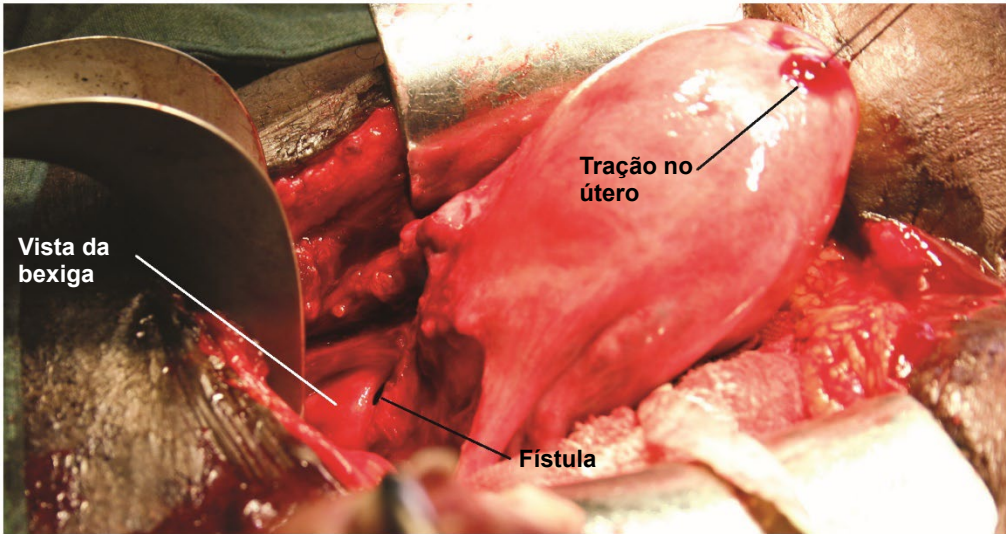


Figura 6.52

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.

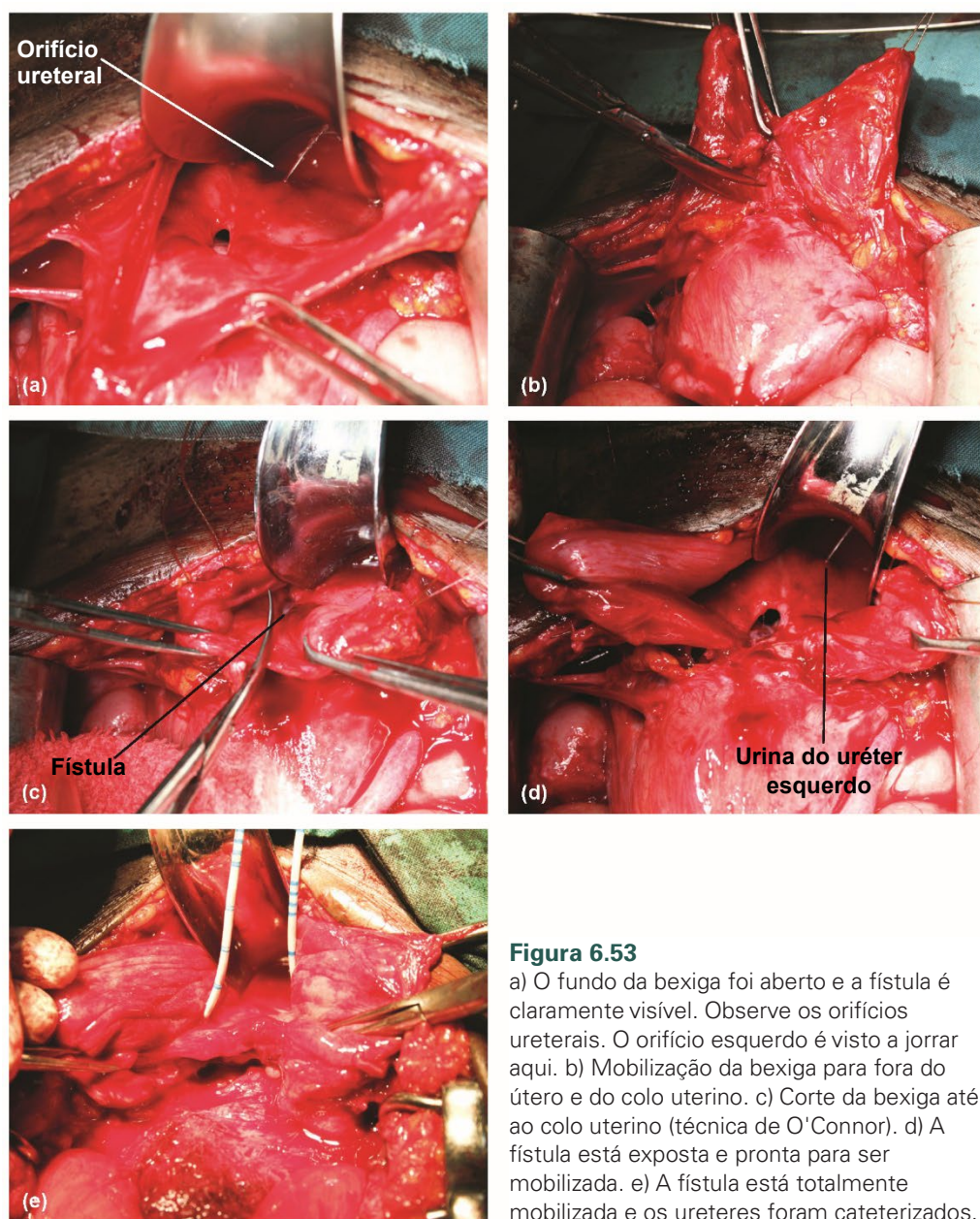


Figura 6.53

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.

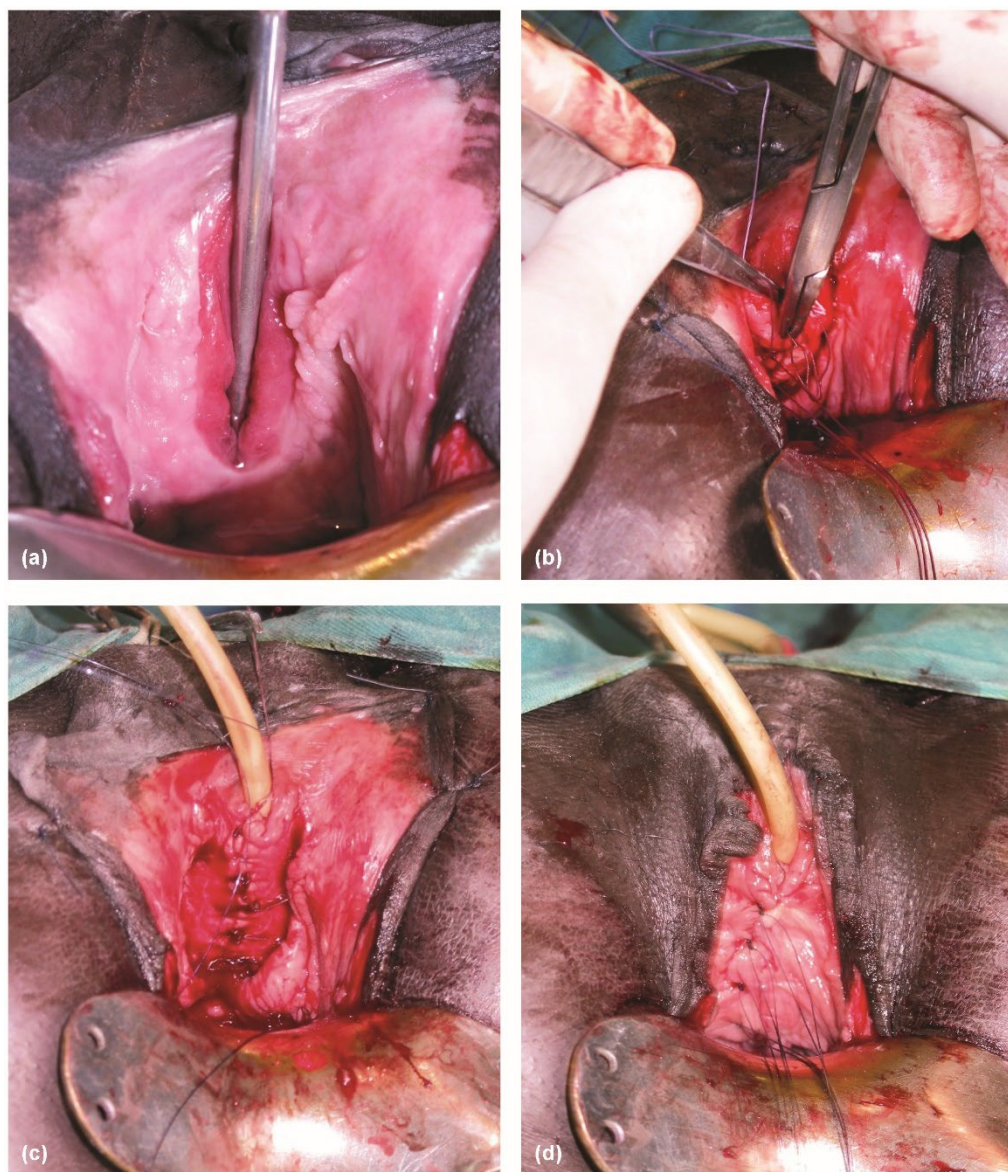


Figura 6.55

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.

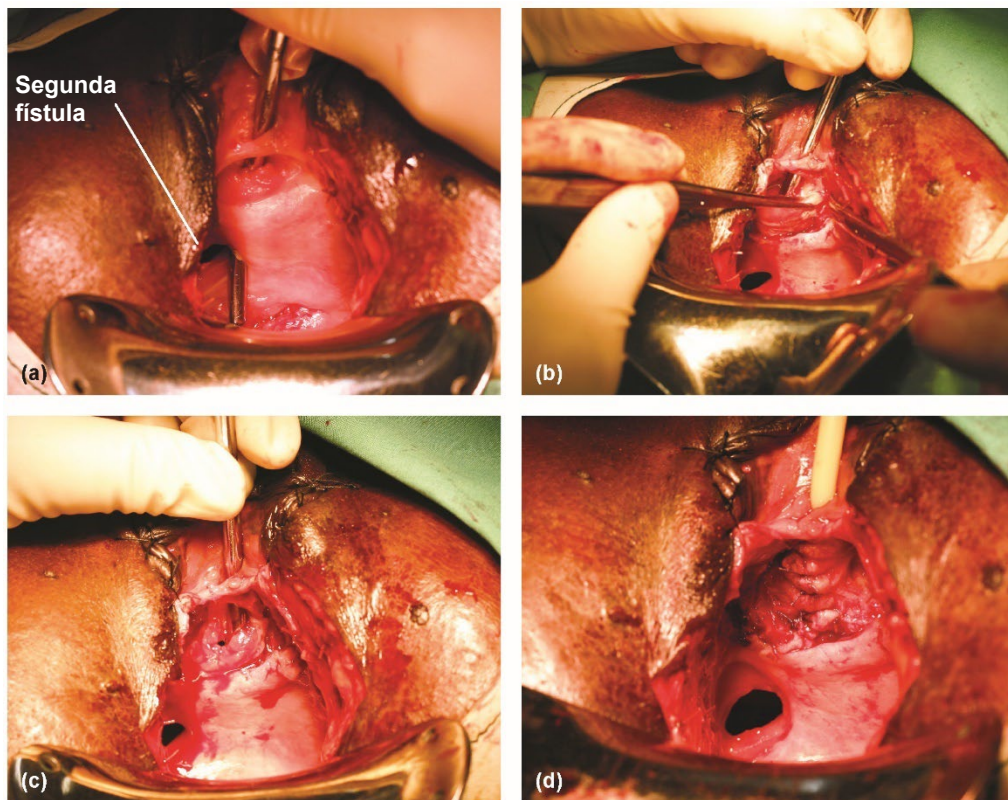


Figura 6.56

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).

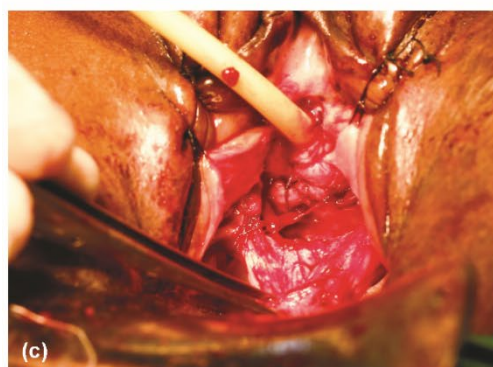
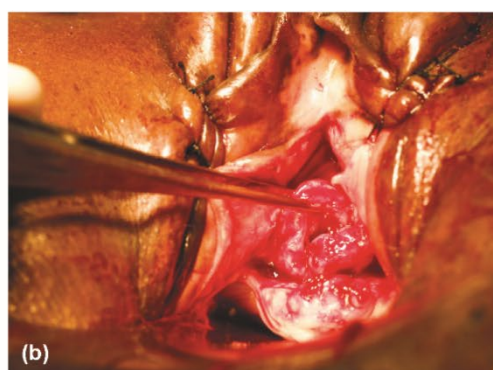
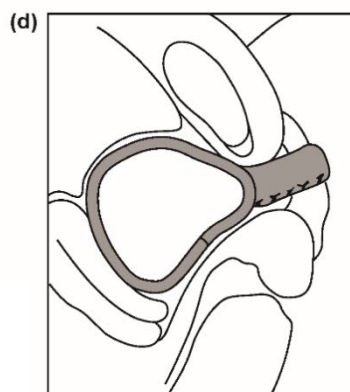
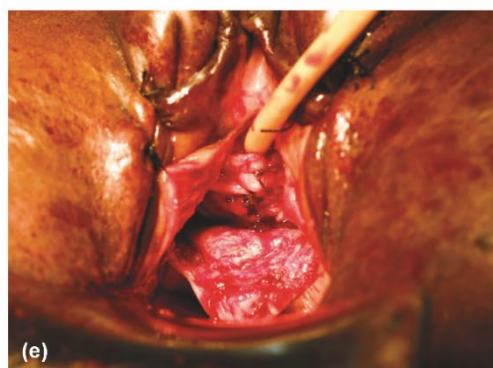
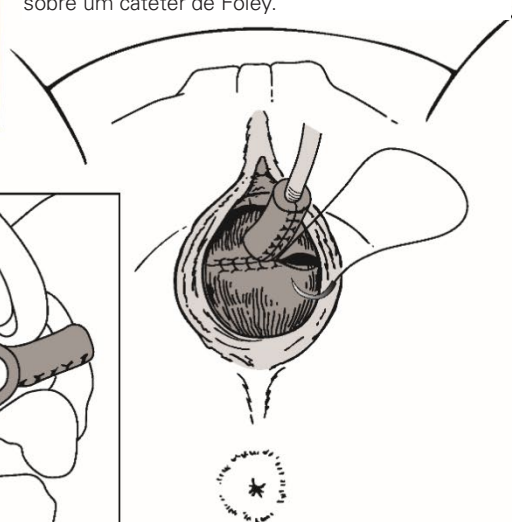


Figura 6.57

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)

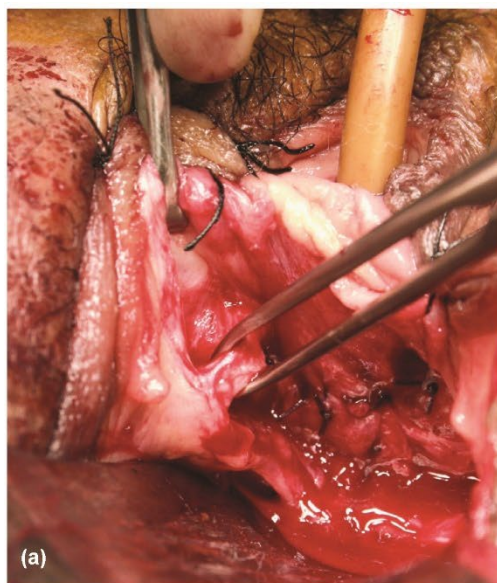
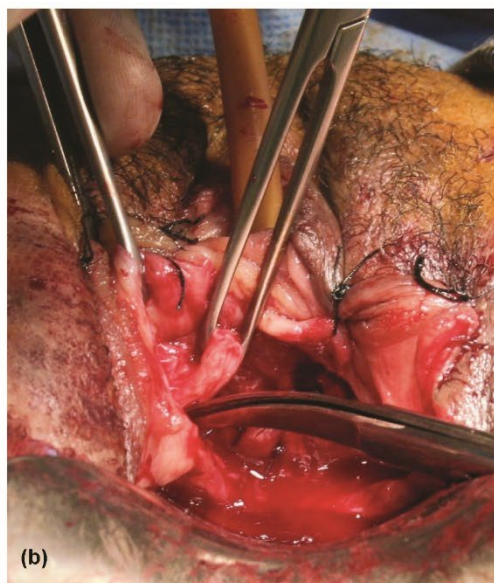
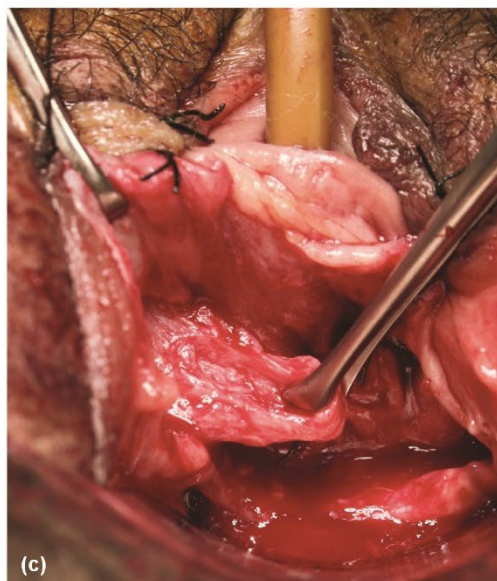


Figura 6.58

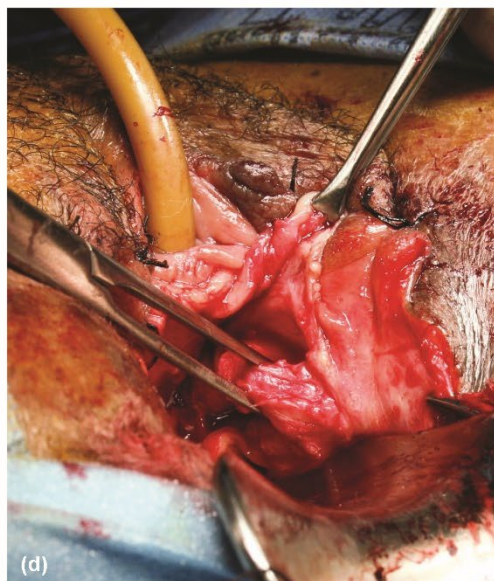
a) A pinça de Allis agarra o músculo sob o arco púbico, no lado direito da uretra.



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

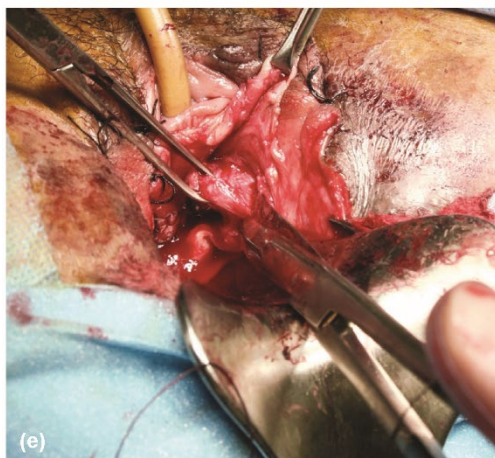
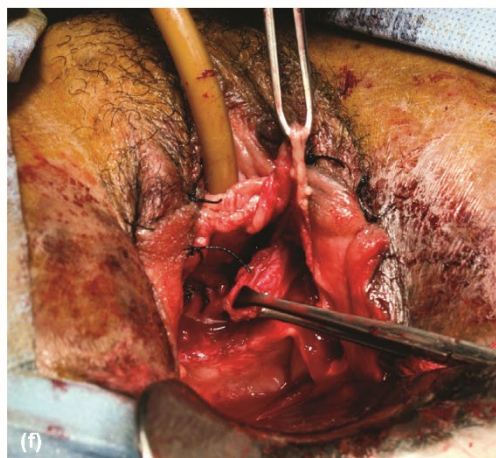
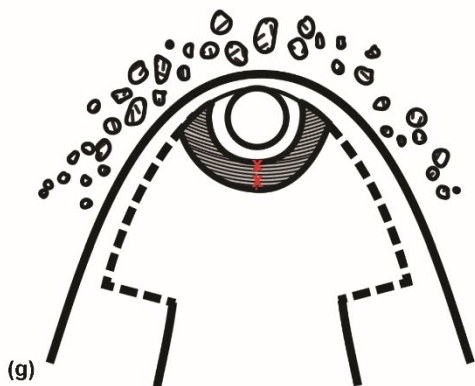


Figura 6.58 (continuação)

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

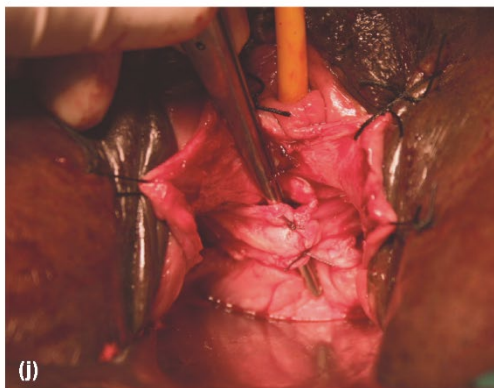
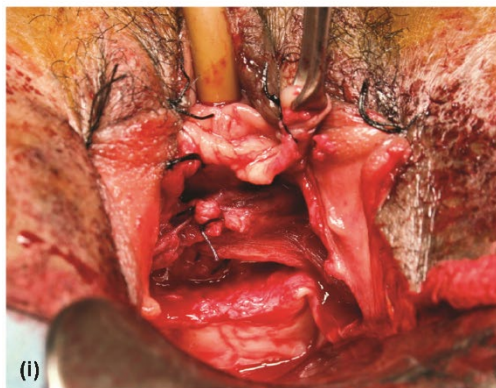
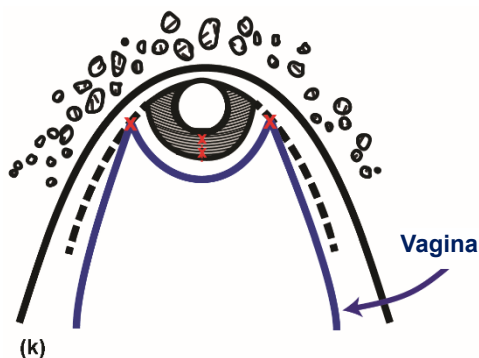


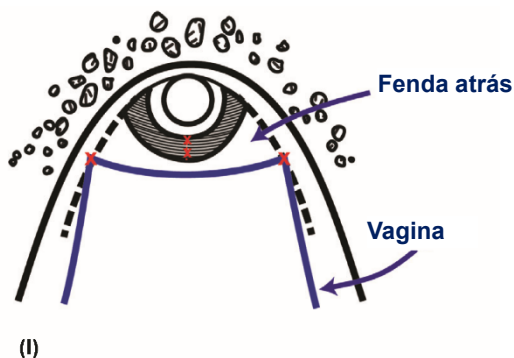
Figura 6.58 (continuação)

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 fáscia de 5 cm por 1,5 cm do tensor da fáscia lata ou da bainha retal. A incisão efetuada para colher o tensor da fáscia 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 fáscia 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 fáscia 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.

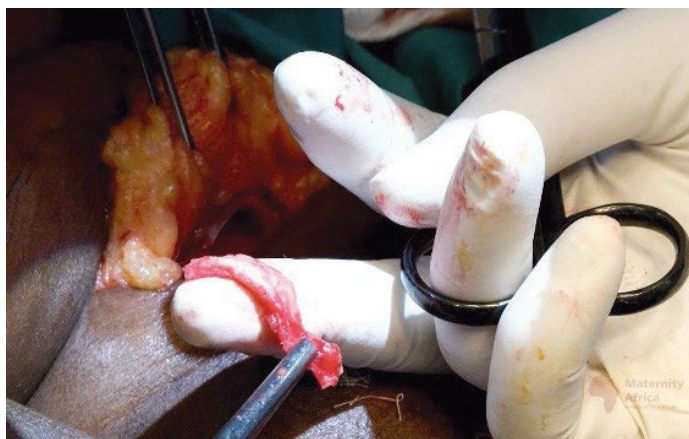


Figura 6.59

É possível colher uma faixa de fáscia 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.

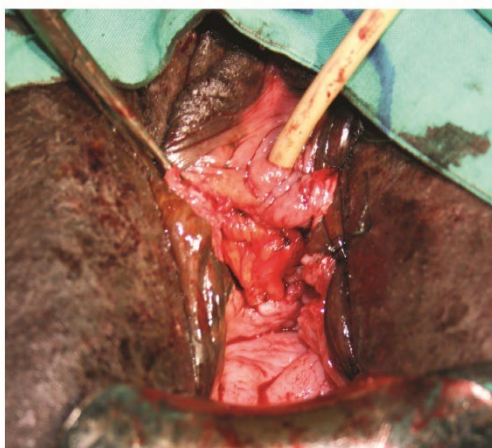


Figura 6.61

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.

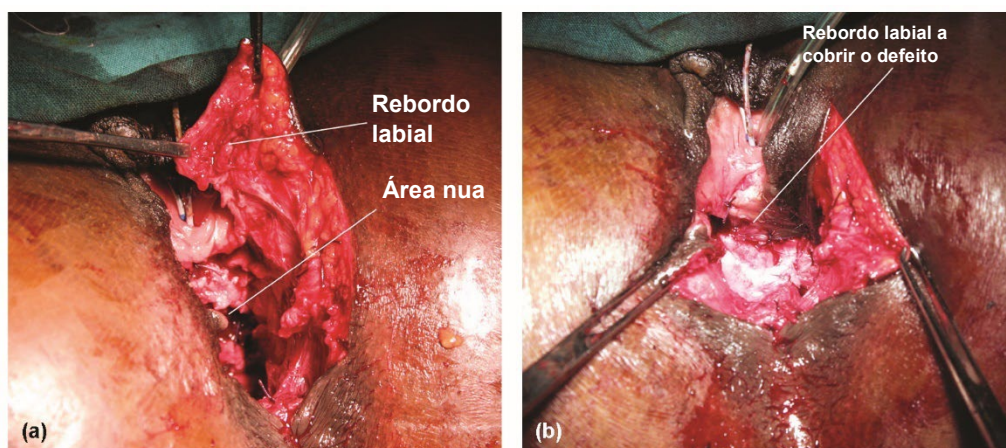


Figura 6.62

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

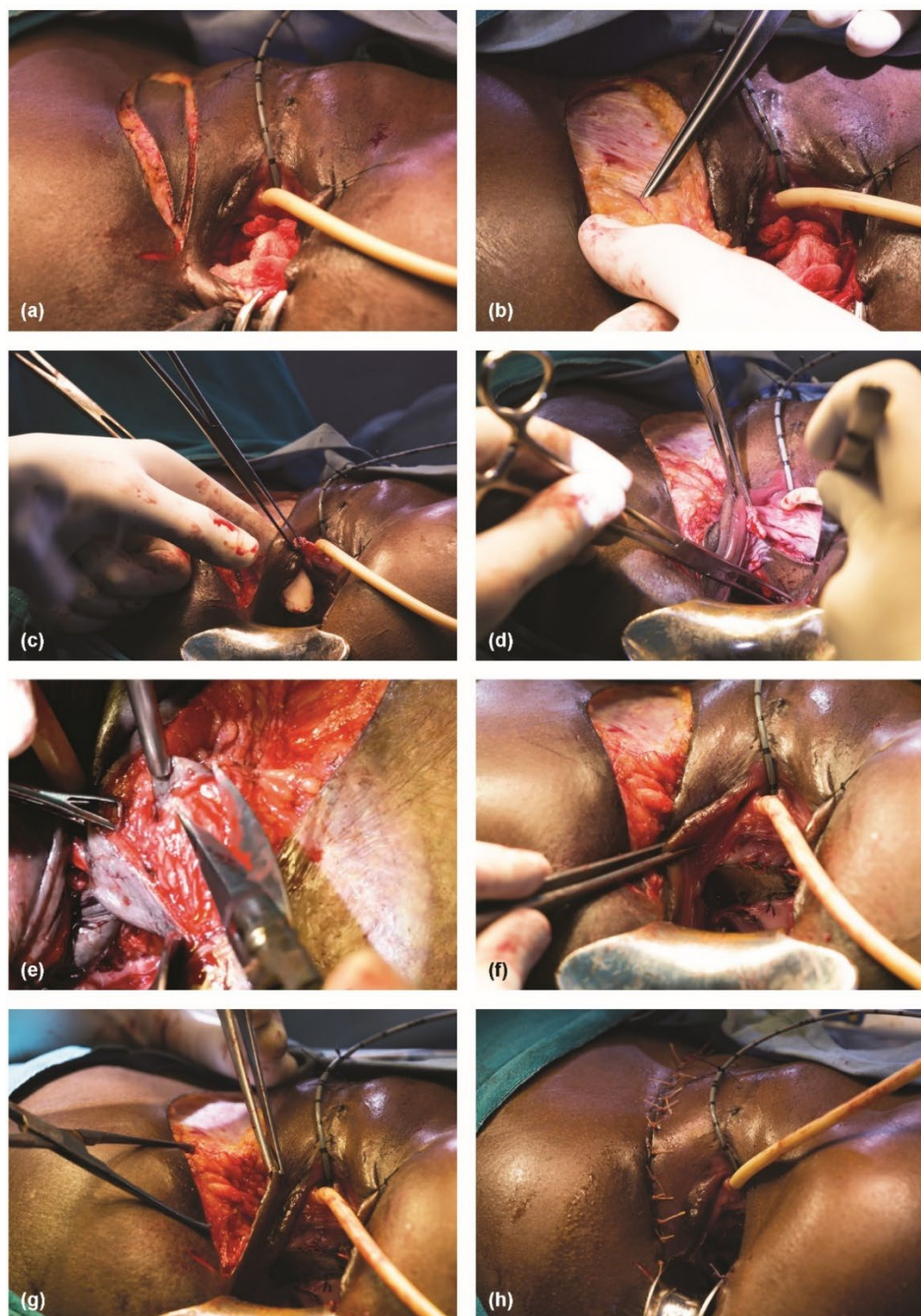
músculo bulbocavernoso. Para isso, utilize uma tesoura afiada e, em seguida, empurre dois dedos para garantir que o túnel é suficientemente largo para não estrangular o pedículo e, consequentemente, o aporte de sangue. O rebordo passa pelo túnel e é colocado na vagina. Note como o pedículo passa pelo 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 cirurgiões 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.

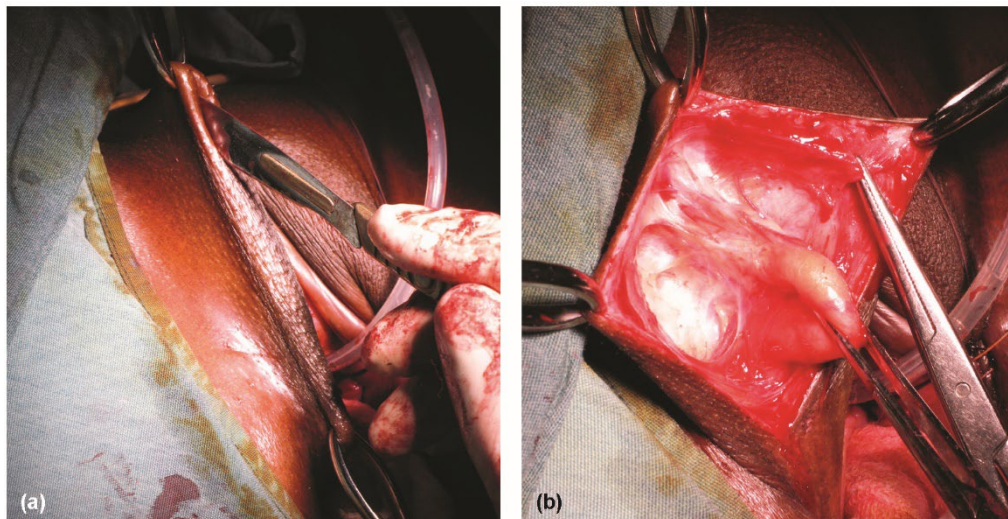


Figura 6.66

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

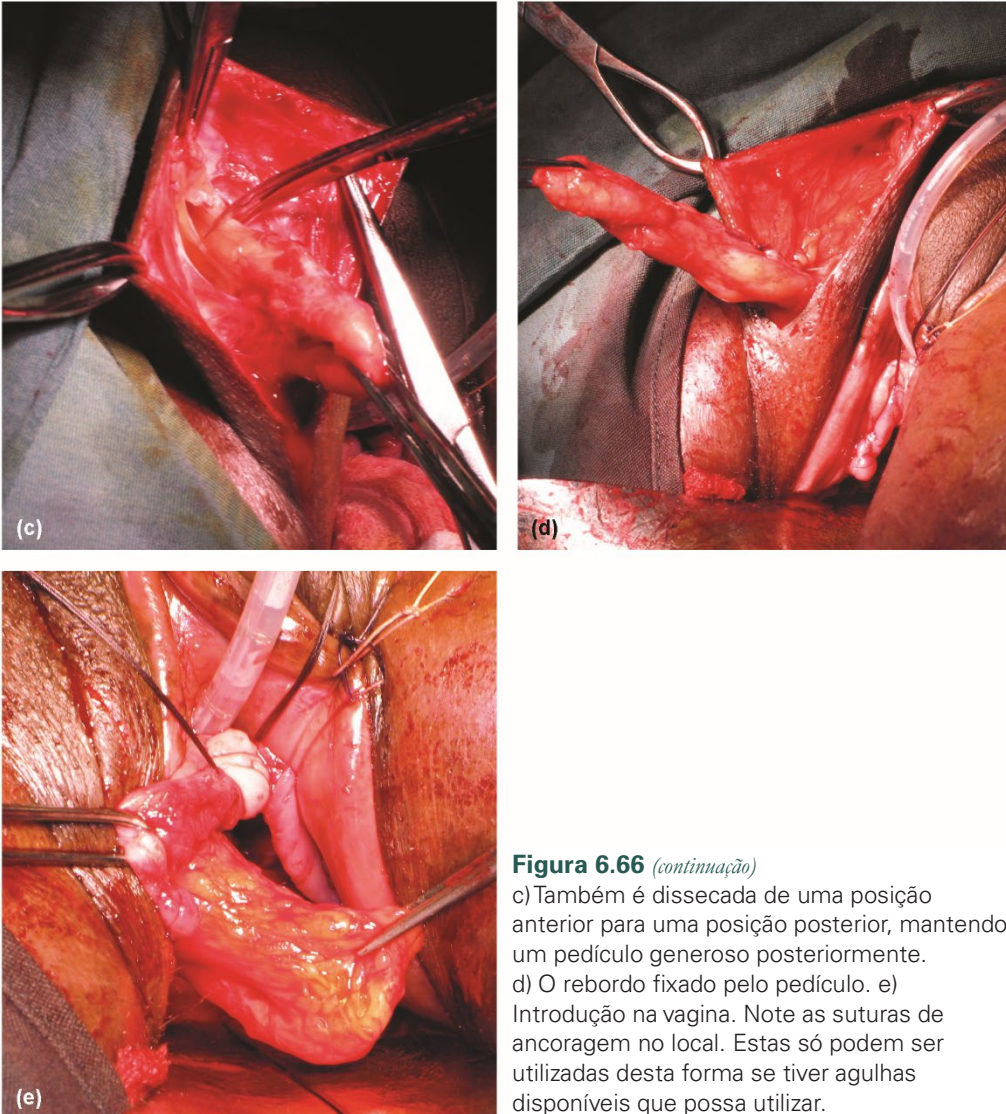


Figura 6.66 (continuação)

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 infeção 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.

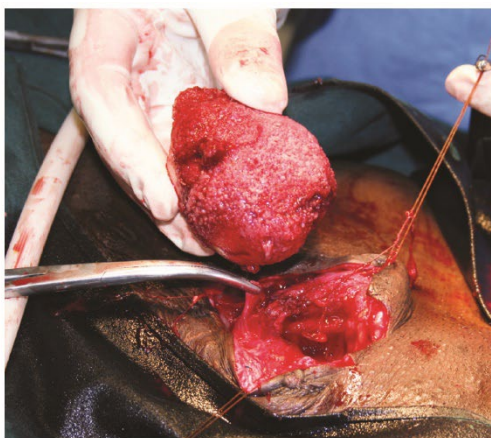


Figura 6.70

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.

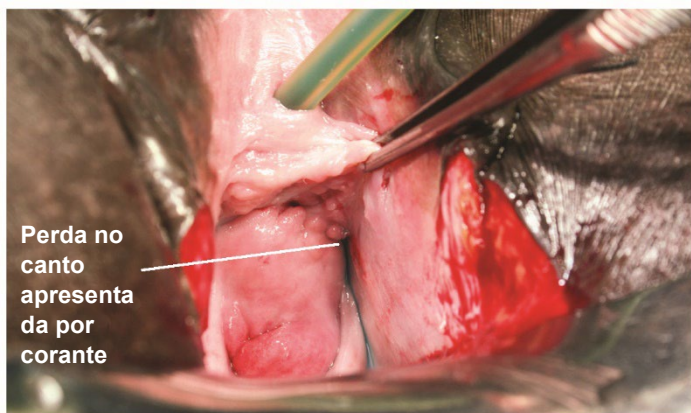


Figura 6.71

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.

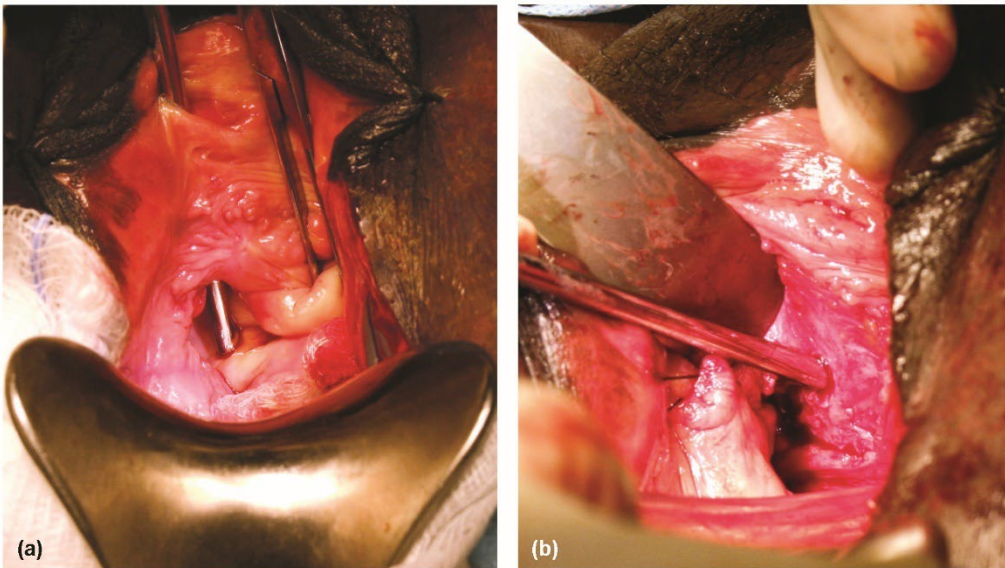


Figura 6.72

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.

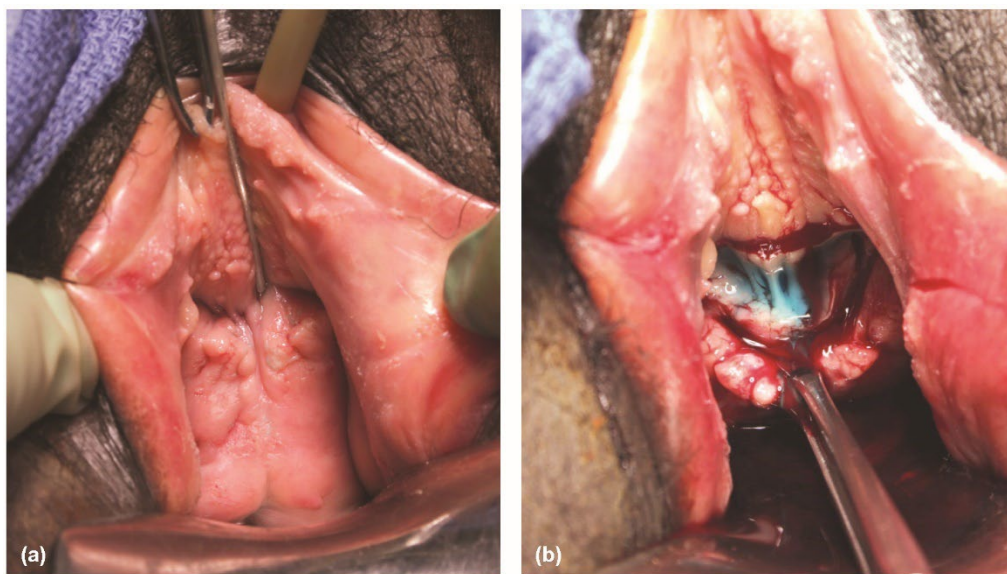


Figura 6.73

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.

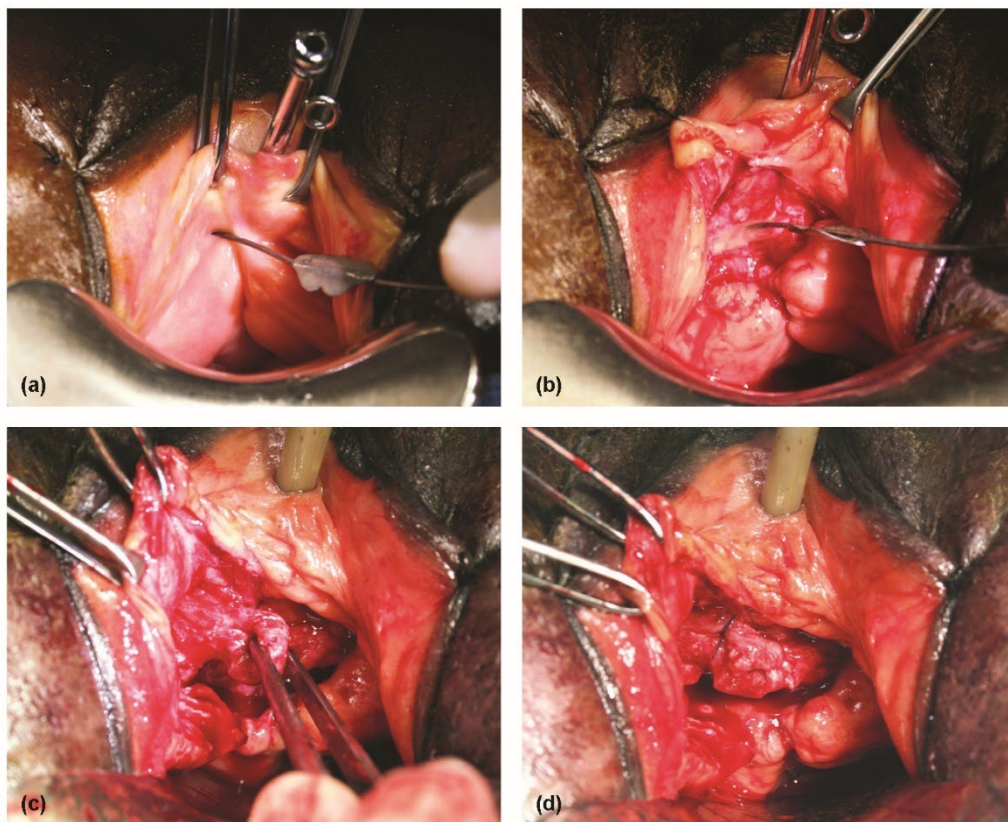


Figura 6.74

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.

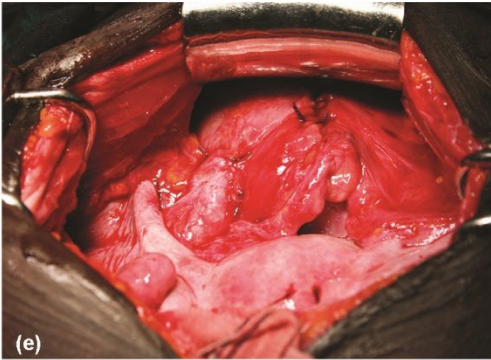
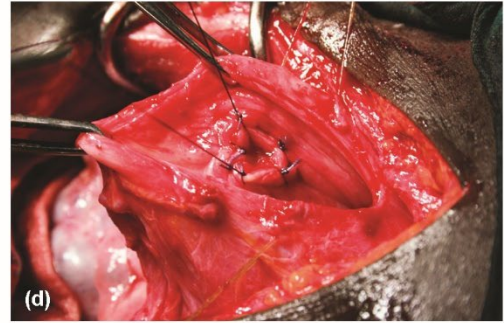
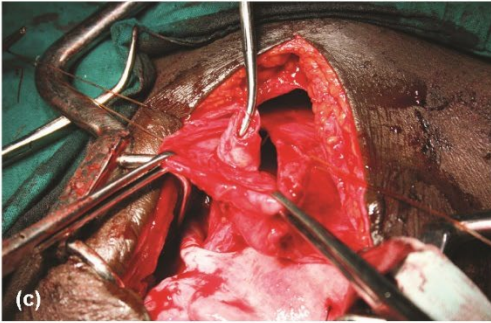
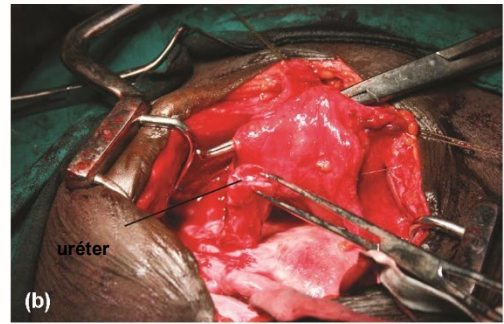
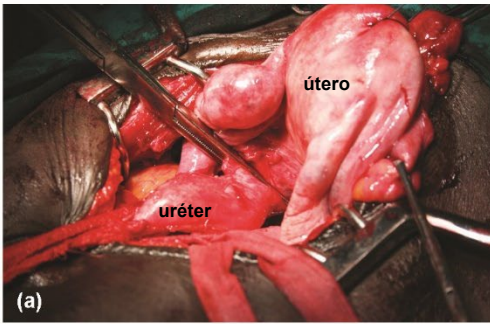


Figura 6.75

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.