

7 FÍSTULAS RETOVAGINAIS

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

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

Incidência

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

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

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

Classificação

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

Avaliação

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

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

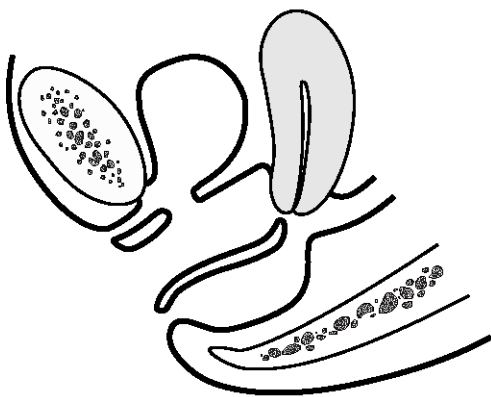


Figura 7.1

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

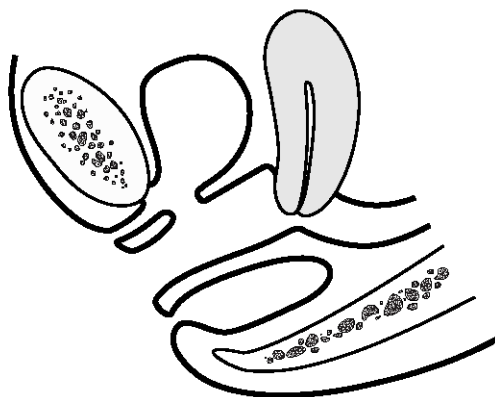


Figura 7.2

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

Todas as FRV devem ser fechadas?

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

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

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

Que fístulas retais requerem uma colostomia?

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

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

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

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

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

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

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

Realização de uma colostomia

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

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

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

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

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

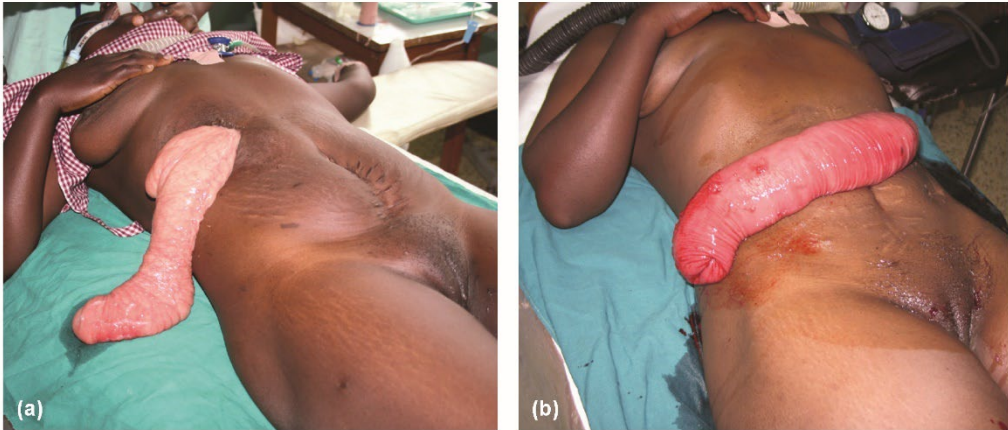


Figura 7.3

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

Estratégia de reparação de uma fístula dupla

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

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

Preparação pré-operatória

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

Técnica

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

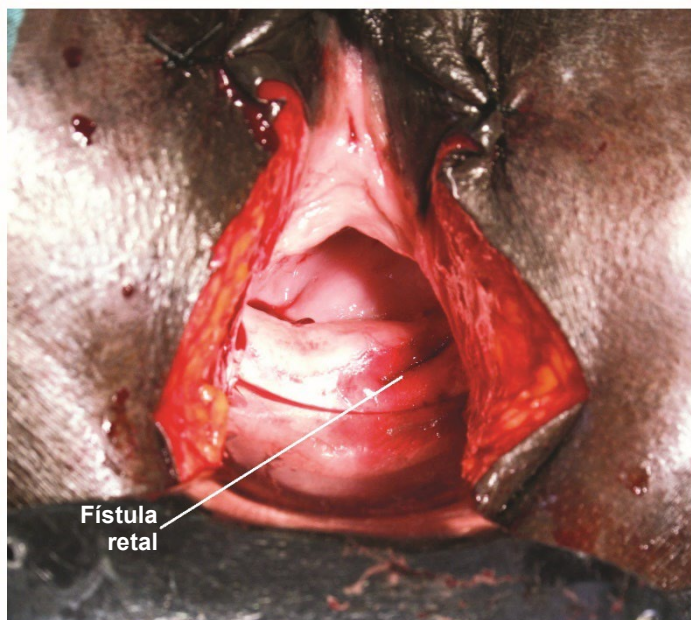


Figura 7.4

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

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

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

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

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

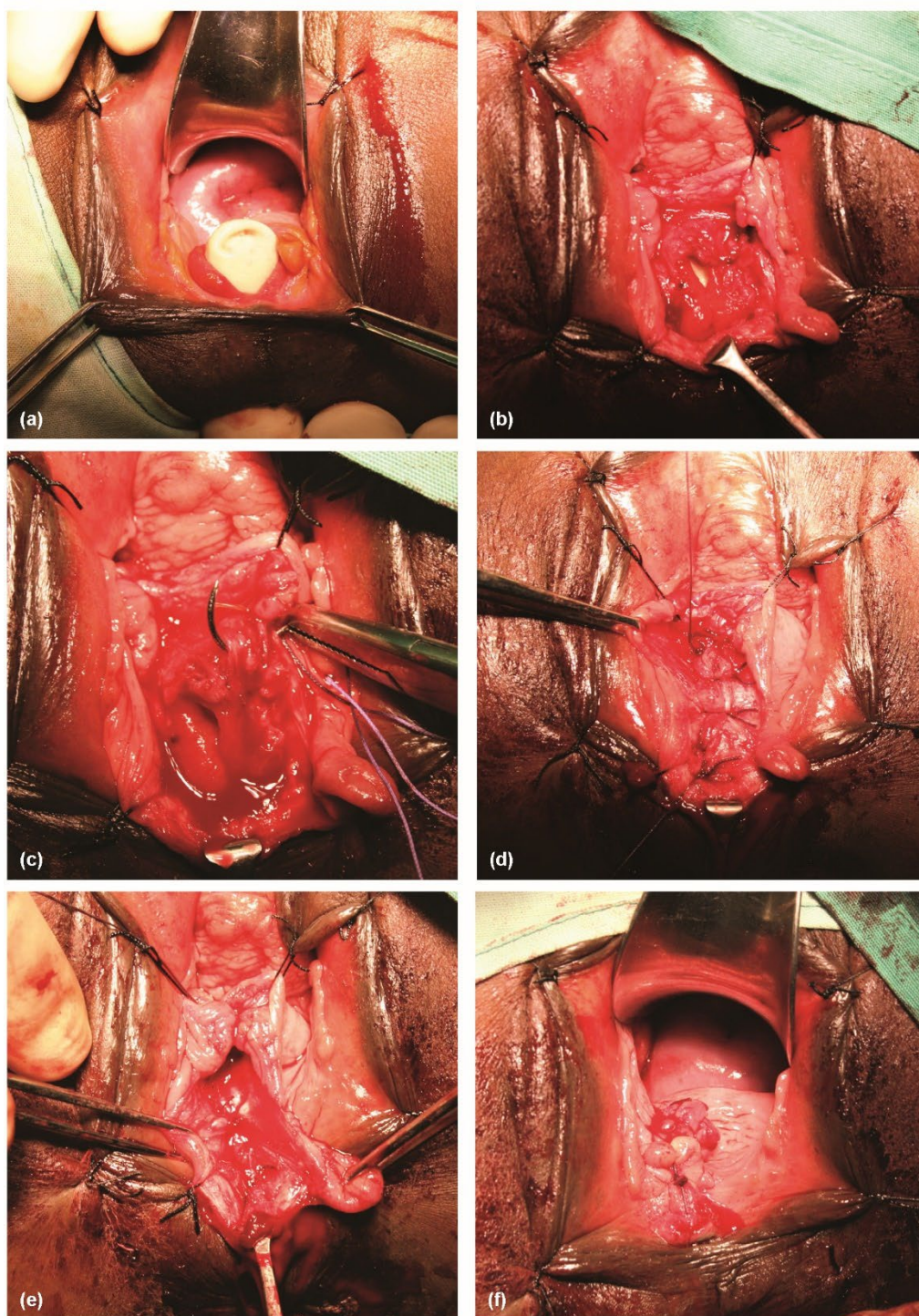


Figura 7.5

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

**Figura 7.6**

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

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

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

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

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

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

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

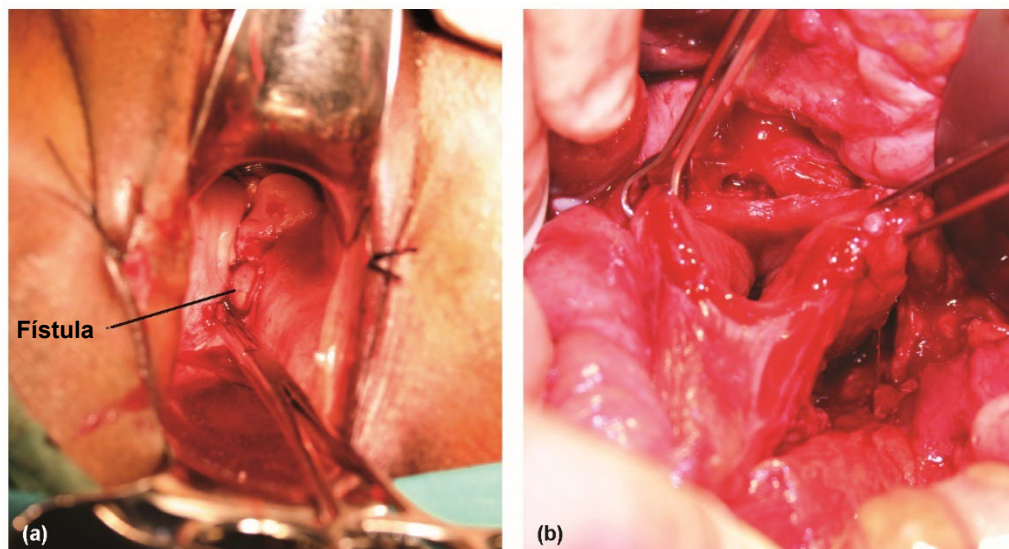


Figura 7.7

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

Resultados das reparações retais

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

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

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

Documentação adicional

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

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

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

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