

13 PROBLEMAS, COMPLICAÇÕES E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Durante o processo de reparação, podem ocorrer várias complicações. Algumas serão descritas como lições para aprender a lidar com as mesmas.

As coisas não estão a correr bem?

- A exposição poderia ser melhorada com episiotomias ou vaginotomias maiores? Ou com uma maior inclinação da cabeça para baixo?
- As condições de iluminação são as melhores possíveis?
- A paciente está a escorregar na mesa? Os apoios para os ombros são essenciais para uma posição de Trendelenburg muito inclinada, mas não existem em muitos blocos operatórios. Desde que a paciente seja colocada com as nádegas bem posicionadas sobre a mesa e as coxas bem fletidas, é possível obter 20% de inclinação da cabeça para baixo sem que a paciente deslize para baixo. Se a paciente tiver escorregado para baixo, o espéculo de Auvards não ficará facilmente colocado na vagina, encostando-se à mesa cirúrgica e dificultando ou impossibilitando assim o acesso. Volte a levantar a cabeça da mesa, empurre a paciente para baixo da cama, prenda as almofadas de ombro e, em seguida, baixe novamente a cabeça.
- Está a utilizar bem um assistente? Os assistentes desconhecidos não devem fazer nada até que lhes seja pedido e, depois, devem continuar a fazer o que lhes for pedido até novas indicações. Se tiver um assistente regular, este poderá antecipar as suas necessidades. A competência mais útil consiste em apanhar a ponta de uma agulha para o cirurgião no fundo da vagina (as agulhas de 5/8 de círculo facilitam muito a vida do cirurgião para poderem realizar esta tarefa de forma autónoma).
- Procure recorrer ao seu assistente o menos possível e mantenha a vagina livre de dispositivos e instrumentos de sucção. Preferimos optar por um esfregaço para limpar o sangue e não utilizamos a sucção como prática de rotina. Se os rebordos vaginais refletidos forem suturados, haverá muito menos por onde segurar. A vagina é um campo cirúrgico estreito e, quanto menos instrumentos houver, melhor.

Um uréter danificado

Um dos percalços mais embaraçosos é a lesão acidental de um uréter durante a cirurgia. Isto já ocorreu com quase todos os cirurgiões de fístulas, não apenas com os iniciantes. Por norma, este acidente acontece quando o cirurgião mobiliza a bexiga na região do colo uterino. Por vezes, a lesão é reconhecida de imediato ou pode ser notada no final da reparação, quando se observa a saída de urina clara.

Este acidente pode ser evitado ao identificar e cateterizar os ureteres o mais cedo possível durante uma reparação. Normalmente, isto é feito antes de efetuar quaisquer incisões, à exceção das episiotomias de relaxamento ou da incisão da cicatriz vaginal, mas, por vezes, é necessário iniciar a mobilização antes de existir qualquer possibilidade de visualizar os orifícios.

Neste caso, os ureteres estão em risco, pelo que é importante evitar penetrar na parede da bexiga e manter-se sempre perto do colo uterino ou sob a pele vaginal.

Continua a ser possível cortar o uréter com o cateter ureteral colocado. Se o cateter tiver um estilete metálico, é aconselhável mantê-lo no lugar durante a dissecação para que possa ser sentido e para que, se o uréter for cortado, não seja sujeito a uma transecção. A maioria dos cateteres não vem com um estilete metálico, já tendo havido ocasiões em que os cirurgiões cortaram o uréter e o cateter.

Os cateteres ureterais são, muitas vezes, difíceis de obter e muitos cirurgiões têm de operar sem eles. Se for esse o caso, o importante é identificar o uréter e, se for possível manter uma sonda ureteral no uréter durante a dissecação e a sutura, peça ao seu assistente para segurar a sonda com firmeza. Conheço, pelo menos, um cirurgião que perdeu uma sonda ureteral no uréter e não conseguiu removê-la. Uma alternativa à utilização de um cateter ureteral passa por uma sonda de alimentação nasogástrica para bebês. (Figura 13.1) Estas são finas e macias e, muitas vezes, são difíceis de inserir. Terá de enfiá-las primeiro pela uretra e depois certificar-se de que estão fixas no uréter com um ponto, uma vez que caem facilmente.

Se um uréter for identificado como estando em risco, pode ser possível protegê-lo sem a utilização de um cateter, mas tenha cuidado para não deixar cair a sonda. (Figura 13.2)

Como lidar com um uréter danificado

Existem três abordagens distintas:

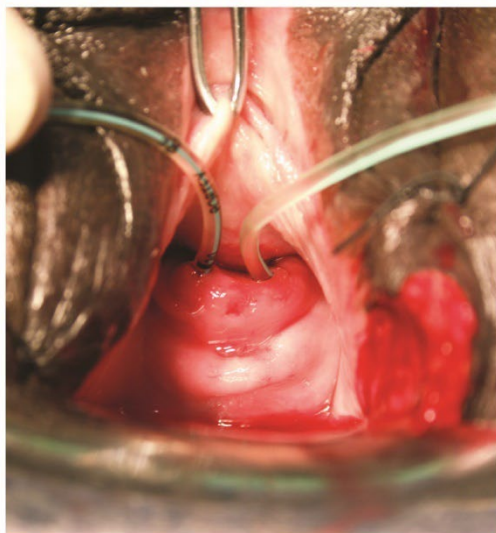


Figura 13.1

Sondas de alimentação nasogástrica usadas como cateteres ureterais.

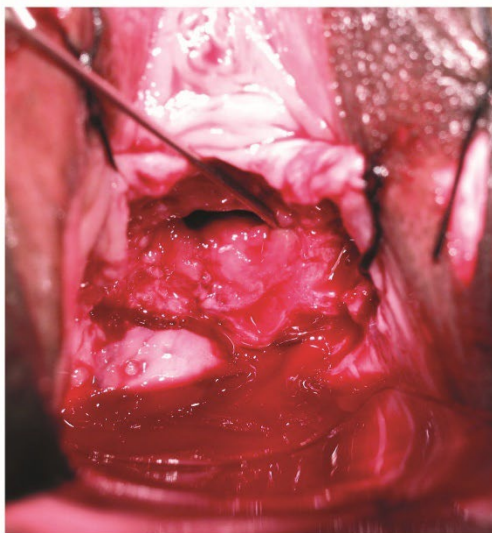


Figura 13.2

Foi identificado um uréter com uma sonda, mas não havia nada para proceder ao respetivo cateterismo. As suturas foram colocadas com a sonda cuidadosamente mantida no uréter. A urina continuava a sair quando a sonda foi removida depois de o canto ser fixado.

1. Tente passar o cateter em sentido ascendente pelo orifício ureteral e “atravessá-lo” através do gap. Em seguida, repare o uréter topo a topo com uma sutura 3-0 ou 4-0 fina.
2. Passe um cateter em sentido ascendente pelo uréter cortado e dobre-o na parte distal. Um uréter cortado é mais difícil de cateterizar na parede da bexiga. O lúmen pode retrair-se. Utilize o cateter ureteral mais pequeno disponível.
3. Suture o uréter cortado, termine a reparação e implante o uréter na bexiga através de uma via abdominal separada.

O uréter e o cateter ureteral são cortados

Observei este procedimento duas vezes nas mãos de cirurgiões muito experientes. O cateter proximal era impossível de extrair. A reparação foi concluída e o abdómen foi aberto, o cateter foi removido e o uréter foi implantado na cúpula da bexiga. Uma vez deram-me um cateter ureteral fora de prazo e ele partiu-se ao meio no uréter, pelo que metade ficou lá dentro. O uréter estava, de facto, a drenar para fora da bexiga. Deixei-o ficar e, ao fim de uma semana, a ponta passou para a vagina e foi facilmente recuperada.

Uma armadilha para os incautos

Um uréter duplo não é assim tão invulgar. (Figura 13.3) Uma vez deparei-me com ureteres duplos em ambos os lados, por isso tratava-se de um sistema duplex. A paciente precisava de cateterizar quatro ureteres!

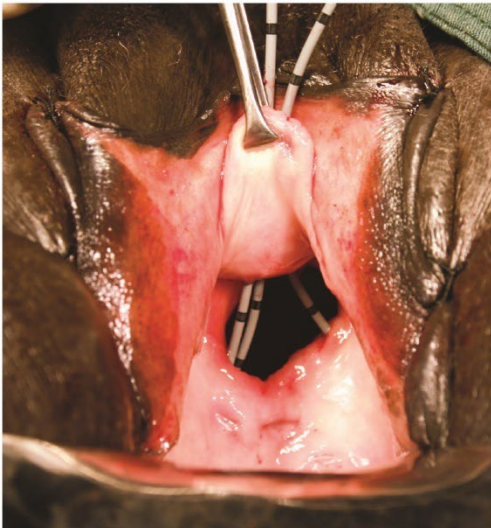


Figura 13.3
Um uréter duplo

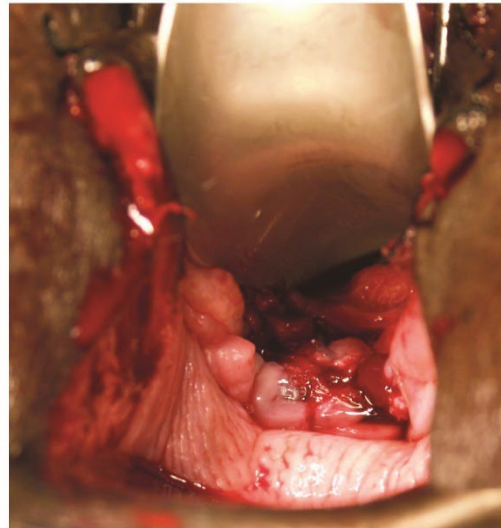


Figura 13.4
Uma fístula alta que se estende ao longo de uma laceração uterina. Foi tomada uma decisão deliberada de reparar a bexiga sem cateterizar os ureteres, uma vez que tal não era tecnicamente possível. Os ureteres acabaram por ser ligados e tiveram de ser implantados por via abdominal.

Duas histórias instrutivas

Um cirurgião concluiu a reparação difícil de uma fístula da cúpula vaginal sem ter cateteres ureterais disponíveis. Naquela noite, não houve saída de urina pelo cateter da bexiga, mas a urina foi drenada pela vagina. Na manhã seguinte, a paciente foi levada para o bloco operatório. Um teste de coloração revelou que a reparação estava correta. Verificou-se que um uréter tinha sido ligado e o outro danificado na parede da bexiga. Idealmente, a reparação deveria ter sido removida e ambos os ureteres deveriam ter sido identificados, mas tal não era prático. O passo prático consistia em efetuar uma laparotomia e implantar ambos os ureteres. Assim foi feito, com um resultado de sucesso confirmado por um acompanhamento de 6 meses.

Uma vez, tive de reparar uma fístula de tamanho moderado e só restavam dois cateteres ureterais no hospital. Os ureteres estavam próximos da extremidade da fístula, mas decidi fechar a fístula cuidadosamente, dando o meu melhor para evitar suturar perto dos ureteres, de modo a poupar os cateteres ureterais para um caso mais difícil. A paciente apresentava um teste de coloração negativo e estava seca, mas não urinava na área de recuperação. O cateter não estava bloqueado. A paciente foi hidratada e ficou muito agitada com a administração de furosemida, mas continuava sem urinar. Levei-a de novo para o bloco operatório e, quando desfiz as suturas da bexiga, detetei jorros enormes de urina. Utilizei os dois últimos cateteres ureterais, procedi a uma nova reparação e a paciente foi para casa curada.

Uma situação desesperante

Uma paciente apresentou-se com uma fístula intracervical alta recorrente, visível através de um colo uterino aberto. O defeito estendia-se abaixo do nível do colo uterino e foi considerado inadequado para efeitos de uma reparação transvesical. (Figura 13.4) Os ureteres foram vistos a esguichar na extremidade do defeito irregular, mas após 45 minutos não puderam ser cateterizados. A bexiga foi mobilizada do resto do colo uterino e do útero e o defeito foi fechado com uma sutura contínua. Os ureteres estavam claramente em risco, mas parecia não existir outra opção. O teste de coloração foi negativo, mas a paciente não produziu urina na mesa. O abdómen foi aberto e ambos os ureteres dilatados foram seccionados e anatomizados com a bexiga. Quando foi vista 3 meses mais tarde, a paciente tinha recuperado por completo.

Acidentes diversos

Hemorragia intravesical

A hemorragia na bexiga deve ser um acontecimento extremamente raro se as extremidades da bexiga forem corretamente suturadas, incorporando toda a espessura da musculatura. Vi-o ocorrer uma vez no período pós-operatório imediato. Um cirurgião entrou de forma inadvertida no plano entre a mucosa da bexiga e o músculo. Quando a paciente regressou à enfermaria, era óbvio que estávamos na presença de uma hemorragia intensa na bexiga, devido ao aparecimento de hematúria com coágulos. A reparação teve de ser removida para fixar a hemorragia na parede da bexiga. Apesar de ter sido efetuada uma nova reparação, esta teve deiscência e foi repetida 4 meses mais tarde.

Outra paciente teve uma hemorragia na bexiga após a reparação de uma fistula pequena e simples resultante de um tumor da bexiga não diagnosticado. Teve de ser submetida a uma transfusão e, depois de a hemorragia cessar, foi encaminhada para um urologista.

Um reto danificado

No final de um longo dia de operações, um cirurgião deu início a uma reparação difícil. Ao efetuar uma vaginotomia para obter acesso, abriu inadvertidamente o reto. Esta situação revelou ser muito difícil de reparar com todo o tecido cicatricial presente. Dada a dificuldade sentida, foi efetuada uma colostomia. A reparação da fistula acabou por ser adiada, tendo sido reparada com sucesso e a colostomia fechada 4 meses mais tarde.

Lições

- Não inicie um caso difícil no fim do dia.
- No caso de se tratar de um caso difícil, nunca tenha medo de efetuar uma vaginotomia logo abaixo da posição das 3 e 9 horas no relógio.
- Em caso de dúvida, introduza um dedo no reto para servir de guia.

Uma estenose retal não detetada

Brian Hancock foi confrontado com uma paciente que apresentava uma pequena fistula circunferencial vesicovaginal (FVV) e uma estenose retovaginal alta (FRV) sentida durante o exame vaginal. A FRV não era palpável ao exame retal. Brian reparou a FVV e, antes de iniciar a reparação da FRV, examinou a paciente por via retal. Para seu horror, descobriu que no alto havia uma estenose completa abaixo da FRV. Teria sido impossível efetuar a reparação por via transvaginal. Foi efetuada uma colostomia, seguida posteriormente de uma ressecção da estenose retal. Apesar da forte contaminação fecal, a FVV acabou por cicatrizar e, mais tarde, a FRV também cicatrizou.

Lição

É essencial avaliar por completo uma potencial lesão retal antes de dar início a uma reparação da bexiga.