

Descritores

Fístula urogenital/cirurgia; Fístula urogenital/diagnóstico; Fístula urogenital/terapia; Histerectomia

Como citar?

Suguita MA, Girão MJ, Di Bella ZI, Sartori MG, Brito LG. Fístulas urogenitais. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Ginecologia, nº 66/Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal).

1. Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

2. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

* Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Ginecologia nº 66, acesse: <http://www.febrasgo.org.br/protocolos>

Fístulas urogenitais

Mauro Akira Suguita¹, Manoel João Batista Castello Girão¹, Zsuzsanna Ilona Katalin de Jármy Di Bella¹, Marair Gracio Ferreira Sartori¹, Luiz Gustavo Oliveira Brito²

INTRODUÇÃO

Fístula é uma comunicação anormal entre dois ou mais órgãos, decorrente, em geral, de processos inflamatórios e/ou infecciosos, trauma e/ou necrose. Por sua vez, as fístulas urogenitais são comunicações anômalas entre os tratos urinário e genital. Ocorrem em 3 a cada mil partos nos países do leste africano. A Organização Mundial da Saúde estima em 130 mil os novos casos por ano em todo o mundo. A *United Nations Population Fund* (UNFPA) calcula que mais de 2 milhões de mulheres pelo mundo têm fístulas urogenitais.⁽¹⁾

ETIOLOGIA

Nos países desenvolvidos, as fístulas são frequentemente de etiologia não obstétrica por afecção benigna, comumente associada com a histerectomia abdominal, o trauma ou a radioterapia pélvica. Diferentemente dos países em desenvolvimento, onde a causa obstétrica ganha maior relevância, com destaque para o trabalho de parto prolongado. Também são provenientes de traumas, radioterapia pélvica e fulgurações adjacentes. As fístulas associadas à histerectomia total abdominal, em particular, respondem por 75% de todos os casos de causa ginecológica. Outras causas são: irradiação pélvica, neoplasia ginecológica, endometriose, doença inflamatória pélvica e, recentemente, com o uso de telas sintéticas, tem ocorrido um aumento dessa incidência em cirurgia uroginecológica.

FISIOPATOLOGIA E CLASSIFICAÇÃO

Podem ser classificadas de várias formas, conforme os órgãos envolvidos, sua localização, débito ou características do tecido e da lesão. As fístulas vesicovaginais são as mais prevalentes e correspondem a 75% das fístulas que envolvem o trato urinário. Nesses casos, a lesão é, em geral, originada de trauma vascular durante a dissecação da bexiga. Essa manobra resulta em desvascularização ou lesão da parede posterior da bexiga não identificada durante o procedimento. A sutura da parede vesical, juntamente com a cúpula vaginal na histerectomia total abdominal, também, pode desencadear a formação de fístulas.⁽²⁾ As fístulas ureterovaginais são as mais sérias pelo potencial risco de quadros sépticos e de perda de função renal. Os principais mecanismos de lesão ureteral que levam à formação de fístulas ureterovaginais são secção, ligadura ou isquemia. Deve-se lembrar, também, das lesões pela dissipação de energia e elevação da temperatura local pelo uso de energia próximo ao ureter. As lesões intraoperatórias, comumente, ocorrem no segmento próximo ao ligamento cardinal distal à artéria uterina.⁽³⁾ O trabalho de parto prolongado, a utilização inadequada de fórceps, as colporrafias, as cirurgias para correção de incontinência urinária e de divertículos uretrais, a radioterapia e, mais raramente, os traumatismos durante cateterismo uretral podem originar fístulas uretrovaginais.⁽⁴⁾

DIAGNÓSTICO

Os sintomas dependem da etiologia, da localização e do débito. Fístulas pós-cirurgia pélvica podem manifestar-se, no pós-operatório imediato, por febre, íleo paralítico, desconforto abdominal, hematúria ou sinais de irritação

peritoneal, sintomas provocados pela urina na cavidade abdominal. A maioria das pacientes, no entanto, tem sintomas entre 7 e 10 dias após a cirurgia, queixando-se de perda de urina pela vagina em quantidade variada, na dependência do tamanho e da localização da fístula. As fístulas pequenas ou localizadas entre a cúpula vaginal e o fundo vesical podem manifestar-se por perda de urina mínima e intermitente, apenas com a bexiga cheia ou em decúbito horizontal.

Deve-se buscar identificação da perda de urina pela vagina, que pode ser visualizada no exame especular. Uma possibilidade é a introdução de três gazes ou algodão na vagina e, após sondagem vesical, injeta-se azul de metileno e verifica-se o diagnóstico de fístula vesico ou uretrovaginal. Quando as gazes mais próximas ao fundo vaginal se coram, suspeita-se de fístula vesicovaginal. Pode ser difícil identificar a perda urinária durante o exame ginecológico. A perda de líquido de coloração azulada faz o diagnóstico de fístula vesicovaginal, enquanto a perda de líquido claro ou amarelado, característico de urina, ou a utilização de fenazopiridina oral previamente ao exame, faz o diagnóstico de fístula ureterovaginal. A videouretrocistoscopia é útil para localizar as fístulas, avaliar sua extensão, seu tamanho e sua distância dos ureteres. A urografia excretora é um exame radiográfico contrastado útil para confirmar o diagnóstico de fístulas, particularmente das ureterovaginais. Observa-se o extravasamento do contraste do ureter para a vagina e obtêm-se indícios do eventual comprometimento renal. A uretrocistografia miccional pode ser utilizada para investigação de fístula vesicovaginal ou uretrovaginal. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética são exames que possibilitam a investigação das fístulas urogenitais e de eventual repercussão renal, mas não são obrigatoriamente realizadas para o diagnóstico.

TRATAMENTO

Se a fístula for diagnosticada no pós-operatório precoce, a sondagem vesical de demora pode resolver uma parte significativa dos casos. Porém, apenas as fístulas diminutas e de baixo débito costumam cicatrizar com sondagem vesical de demora. O reparo precoce das fístulas requer o diagnóstico dentro de 72 horas após a lesão. A duração da drenagem vesical varia de 10 a 60 dias, mas não existe consenso sobre qual o melhor tempo de drenagem. O tamanho do cateter é importante para não haver distensão vesical, utilizando-se, inicialmente, calibres 24-26 Fr, com trocas a cada 10 a 14 dias para calibres menores. O melhor momento para o tratamento cirúrgico das fístulas é controverso, porém os fundamentos básicos são:

- Sempre realizar a uretrocistoscopia pré-operatória para avaliar a localização da fístula em relação ao trigono;
- Retirar o tecido cicatricial ou o tecido sem boa vitalidade;

- Deixar o tecido ao redor solto e com boa mobilização;
- Aproximar, por camadas, com fio de absorção tardia;
- Não deixar tensão nas linhas de sutura;
- Realizar boa hemostasia;
- Não deixar espaço morto, diminuindo o risco de infecção;
- A interposição de tecido (gordura, peritônio, omento) entre as camadas pode ser necessária, particularmente nos casos de amplas linhas de suturas em fístulas grandes;
- Fazer uso liberal de retalhos vascularizados a fim de obter um novo suprimento sanguíneo para o tecido lesado em torno da fístula, assim, promovendo melhor cicatrização, quando necessário;
- Realizar drenagem vesical prolongada para prevenir hiperdistensão da bexiga e rotura da sutura.⁽⁵⁾

A via de acesso pode ser abdominal, vaginal, laparoscópica ou combinada.

Para o reparo da fístula vesicovaginal, existem várias técnicas para a via vaginal: a técnica de Latzko (colpocleise parcial sem a excisão do trajeto fistuloso), fechamento por camadas (excisão do trajeto fistuloso e síntese com uma ou duas camadas na bexiga) e a interposição de retalhos, como o retalho de Martius (*flap* de gordura labial com ou sem o músculo bulbocavernoso), quando não há tecido suficiente para a síntese do trajeto fistuloso.⁽⁶⁾

Recomenda-se a via abdominal para fístulas situadas acima do trigono vesical. Pode-se, eventualmente, usar um *flap* de omento, miocutâneo, cistoplastia de aumento vesical e reimplante ureteral (a depender da proximidade da fístula de um meato ureteral).⁽⁷⁾

O reparo da fístula vesicouterina, uretrovaginal ou vesicocervical é similar ao da vesicovaginal. Em pacientes com fístula vesicouterina e com prole, a histerectomia pode ser associada ao tratamento. O reparo da fístula ureterovaginal baseia-se na utilização de cateteres ureterais e identificação do terço do ureter acometido. O reimplante ureteral é opção comum nas fístulas distais. Uma fístula de terço médio ou superior envolve a ressecção da área e a reanastomose terminal dos ureteres, em uso de cateter ureteral.⁽⁶⁾

O importante, no pós-operatório, é manter boa drenagem vesical e uso de antibiótico para diminuir o risco de infecção. Nas fístulas pós-irradiação, recomenda-se deixar um intervalo maior. Pode-se drenar a bexiga por via uretral ou suprapúbica, isoladamente ou com dupla drenagem, e nesses casos, primeiro, retira-se a via uretral e, depois, a suprapúbica.

Outra forma de tratamento é a fulguração do trajeto fistuloso por cistoscopia, que é mais simples e possui

poucas complicações. Entretanto, deve-se usar essa técnica em fístulas simples e de pequena dimensão.

RECOMENDAÇÕES FINAIS

- Uma recente revisão publicada concluiu, após analisar 49 artigos, que o nível de evidência sobre o diagnóstico e o tratamento cirúrgico das fístulas urogenitais são de relativa baixa qualidade, consistindo principalmente de estudos retrospectivos.⁽⁷⁾
- Deve-se considerar a possibilidade de sondagem vesical de demora nos casos de fístulas pequenas e de baixo débito.
- A melhor opção é a identificação precoce da injúria com correção imediata ou em até 72 horas do ocorrido. Na impossibilidade dessa conduta, avaliar com parcimônia a viabilidade dos tecidos envolvidos antes de se tomar uma medida corretiva.
- Não é fácil concluir se há vantagem de uma via cirúrgica sobre a outra, pelo fato de que a seleção de pacientes para um determinado procedimento é baseada nas características individuais da fístula e por não existirem trabalhos comparativos.

- O primeiro reparo cirúrgico apresenta sempre a maior taxa de sucesso.
- Preferencialmente, utilizar via abdominal para fístulas vesicovaginais acima do trígono vesical. Os princípios cirúrgicos que norteiam a correção da fístula são: boa hemostasia, suturas sem tensão, uso de fios absorvíveis e manutenção da drenagem vesical por 14 dias.

REFERÊNCIAS

1. Roenneburg ML, Genadry R, Wheelless CR Jr. Repair of obstetric vesicovaginal fistulas in Africa. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195(6):1748-52.
2. Gonçalves PD, Srougi M. Lesões urinárias em ginecologia. In: Girão MJ, Lima GR, Baracat EC, orgs. *Cirurgia vaginal e uroginecologia*. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p. 175-95.
3. Flores-Carreras O, Cabrera JR, Galeano PA, Torres FE. Fistulas of the urinary tract in gynecologic and obstetric surgery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2001;12(3):203-14.
4. Hilton P. Surgical fistulae and obstetric fistulae. In: Cardozo LD, Staskin D, eds. *Female urology and urogynaecology*. Londres: Isis Medical Media Ltd; 2001.
5. Huang WC, Zinman LN, Bihrlle W 3rd. Surgical repair of vesicovaginal fistulas. *Urol Clin North Am.* 2002;29(3):709-23.
6. Wong MJ, Wong K, Rezvan A, Tate A, Bhatia NN, Yazdany T. Urogenital fistula. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2012;18(2):71-8.
7. Hillary CJ, Osman NI, Hilton P, Chapple CR. The aetiology, treatment, and outcome of urogenital fistulae managed in well- and low-resourced countries: a systematic review. *Eur Urol.* 2016;70(3):478-92.