

Correcção de Fístula Vesico-Vaginal via Transvesical

Carla Soares¹, João Marcelino², Raúl Rodrigues¹, Mafalda Melo¹,
Tiago Mendonça¹, Sérgio Pereira¹, António Romão¹, David Martinho¹,
Tito Leitão¹, Tomé Lopes³

Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria/Hospital Pulido de Valente

1- Interna/o do Internato Complementar da Especialidade de Urologia

2- Assistente Hospitalar de Urologia

3- Director de Serviço do Serviço de Urologia

Correspondência: calexandra_soares@hotmail.com

Introdução

Nos países desenvolvidos a causa mais frequente de fístulas vesico-vaginais (FVV) deve-se a complicações de cirurgias pélvicas ou ginecológicas e condicionam uma importante diminuição da qualidade de vida. Está descrita uma incidência de FVV após histerectomia de 0,1% a 0,2%. A história clínica de incontinência urinária total após cirurgia pélvica, o exame ginecológico com objectivação de incontinência urinária extra-uretral e o teste do azul de metileno são a chave do diagnóstico. A cistoscopia é importante não só para a identificação da fístula mas também para a determinação da sua localização.

Objectivos

Os autores apresentam um cartaz de um caso clínico de FVV corrigida por via transvesical. É salientada a importância tanto do exame objectivo no diagnóstico desta patologia como a técnica cirúrgica step by step para a sua correcção.

Material e Métodos

Doente do sexo feminino, 46 anos, com queixas de incontinência urinária total logo após realização de histerectomia por via abdominal. O exame ginecológico objectivou saída contínua de urina pela vagina. O teste do azul de metileno revelou a saída do corante por orifício na parede vaginal anterior alta. A cistoscopia identificou um orifício na parede posterior alta da bexiga. Efectuou cura cirúrgica por via transvesical.

Resultados

Doente curada e com elevado grau de satisfação.

Conclusão

A escolha da via transvesical para a correcção da FVV teve como fundamento os seguintes factos: a presença de cicatriz abdominal de cirurgia anterior; a anatomia vaginal estreita e comprida; e a localização alta da fístula.

A técnica respeitou os conceitos básicos para a correcção de fístulas nomeadamente: a separação e mobilização alargada dos 2 planos (bexiga e vagina); a excisão da fístula e o avivar dos bordos cirúrgicos; e o encerramento por planos com as linhas de sutura desencontradas.