

Artigos de Revisão

Abordagem Terapêutica de Fístulas Vésico-Vaginais – Análise retrospectiva e revisão temática

André Cardoso*, Ricardo Soares*, Tiago Correia*,
Frederico Reis**, Manuel Cerqueira**, Martinho Almeida***,
Rui Prisco****

*Interno Complementar

**Assistente Hospitalar

***Chefe de Serviço

****Director de Serviço

Serviço de Urologia – Hospital Pedro Hispano

Correspondência: André Cardoso – R. Eng.º Duarte Pacheco, 26, Ap. 73 – 4470 MAIA
– E-mail: email.cardoso@gmail.com

Resumo

Objectivo: Os autores propõem-se apresentar os resultados do tratamento cirúrgico de fístulas véscico-vaginais numa série de doentes tratadas no nosso Serviço nos últimos quinze anos e rever os aspectos teóricos e técnicos do diagnóstico e tratamento desta patologia.

Material e Métodos: Análise retrospectiva baseada na consulta do processo clínico de 16 doentes com o diagnóstico de fístula véscico-vaginal e tratadas entre 1 de Janeiro de 1994 e 31 de Dezembro de 2008. A idade mediana das doentes era de 46 anos. Quinze fístulas eram secundárias a histerectomia e uma a complicação de esfíncter urinário artificial. O tempo médio até à correcção cirúrgica foi de 6 meses. Utilizámos técnica transvesical extraperitoneal em 11 doentes, transvesical transperitoneal com interposição de epiplon em 4 doentes e técnica transvaginal em 1 doente.

Resultados: Quinze das dezasseis fístulas véscico-vaginais resolveram após uma única intervenção (taxa de cura de 94%). Tivemos 5 complicações operatórias em 4 doentes. Nenhuma das complicações necessitou de re-intervenção cirúrgica.

Conclusão: O tratamento das fístulas véscico-vaginais é predominantemente cirúrgico. Existem várias técnicas de correcção, por via abdominal ou vaginal, com elevada taxa de cura. Este artigo relata a experiência do nosso Serviço no tratamento desta patologia. Concluímos que a série que apresentamos é semelhante às de outros autores de instituições de países desenvolvidos, no que diz respeito quer à etiologia quer aos resultados cirúrgicos.

Palavras-chave: fístula véscico-vaginal, fístula urinária, incontinência urinária

Abstract

Objective: To report the results of the surgical treatment of vesicovaginal fistulas in our department over a fifteen year period and review the theoretical and technical aspects of diagnosis and treatment of this pathology.

Materials and Methods: Retrospective analysis based on review of the clinical records of 16 patients clinically diagnosed with vesicovaginal fistula and treated between January 1994 and December 2008. The median age of patients was 46 years. Fifteen fistulas were secondary to hysterectomy and one was a complication of artificial urinary sphincter. The mean time until surgical correction was 6 months. We used a transvesical extraperitoneal technique in 11 patients, a transvesical transperitoneal technique with interposition of epiploon in 4 patients and a transvaginal technique in one patient.

Results: Fifteen of sixteen vesicovaginal fistulas resolved after a single surgery (cure rate of 94%). We had 5 operative complications in 4 patients. None required re-operation.

Conclusion: The treatment of vesicovaginal fistulas is mainly surgical. There are several techniques for the correction, by abdominal or vaginal approach, with a high rate of cure. This paper reports the experience of our department with the treatment of this pathology. We conclude that our case series is similar to that of other authors from institutions in developed countries with regard to both the etiology and surgical results.

Keywords: vésico-vaginal fistula, urinary fistula, urinary incontinence

Introdução

As fístulas vésico-vaginais são comunicações patológicas entre a bexiga e a vagina, cursando habitualmente com incontinência urinária. A sua existência é referida em documentos escritos desde a antiguidade. A causa principal até ao século passado era a obstrução do canal de parto, com perda de substância por necrose secundária a compressão pelo feto, e assim continua a ser hoje em dia em países subdesenvolvidos. Com a melhoria dos cuidados assistenciais obstétricos, a etiologia principal em países industrializados passou a ser a cirurgia pélvica, nomeadamente os procedimentos ginecológicos.

A reparação das fístulas vésico-vaginais é quase sempre cirúrgica, uma vez que a abordagem conservadora (drenagem vesical prolongada, por exemplo) falha na maioria dos casos.

Efectuámos no nosso Serviço dezasseis correcções de fístulas vésico-vaginais nos últimos quinze anos, utilizando em quase todas as doentes técnicas transvesicais. Neste artigo relatamos os nossos resultados, aproveitando para fazer também uma breve revisão temática e bibliográfica.

Material e Métodos

Apresentamos um estudo retrospectivo dos casos de fístulas vésico-vaginais diagnosticadas e tratadas no nosso Serviço num período de 15 anos (1 de Janeiro de 1994 a 31 de Dezembro de 2008). Neste período foram submetidas a cirurgia de correcção 16 doentes com fístula vésico-vaginal. Catorze das fístulas vésico-vaginais eram secundárias a histerectomia por patologia uterina benigna, uma devia-se a histerectomia por carcinoma do colo uterino e outra (no colo vesical) era secundária a cirurgia urológica (correcção de incontinência urinária com esfíncter artificial em doente com antecedentes de extrofia vesical). Nenhuma das doentes tinha sido submetida a tratamentos de radioterapia.

As fístulas vésico-vaginais localizavam-se na parede posterior supratrigonal (11), trígono(2), fundo vesical (1) e colo vesical (1). A localização de uma das fístulas vésico-vaginal não estava registada no processo clínico.

Das 16 fístulas tratadas, 9 eram de pequena dimensão (cerca de 5mm) e 4 eram extensas (entre 1 e 2,5 cm). Em 3 casos a informação relativa ao tamanho não constava do processo clínico.

A idade mediana das mulheres era de 46 anos (mínima 25 e máxima 60 anos).

Todas as doentes se apresentaram com incontinência urinária. Uma das doentes tinha já sido submetida a tentativa de correcção cirúrgica noutra instituição, com recidiva.

O diagnóstico baseou-se fundamentalmente em cistoscopia, com ou sem vaginoscopia, e urografia endovenosa ou TAC. Em 6 dos casos incluiu também testes de compressa vaginal (“pad test”) com corante intravesical. A fístula do colo vesical foi um achado intraoperatório em remoção de esfíncter artificial extruído.

O tempo médio entre a causa da fístula e a sua confirmação diagnóstica foi de 1,5 meses e entre a causa e a correcção cirúrgica foi de 6 meses (mínimo 2 meses e máximo 17 meses).

Utilizámos técnica cirúrgica transvesical sem bipartição, por via extraperitoneal, em 11 das 16 doentes, técnica transvesical por via transperitoneal (O’Conor) em 4 doentes e técnica transvaginal em 1 doente. Em todas as cirurgias procedemos a exérese completa do trajecto fistuloso.

Usámos interposição com epíplon em 4 doentes. O que motivou a decisão de interpor epíplon foi a extensão da fístula.

Mantivemos cateteres ureterais exteriorizados em 5 doentes, e cistostomia suprapúbica em 9 doentes. Todas ficaram algaliadas no pós-operatório, em média 16 dias (mínimo de 11 dias, máximo de 31 dias).

O seguimento após correcção foi em média de 12 meses (mínimo de 1 mês, por abandono da consulta, e máximo de 39 meses).

Resultados

Foi tentado tratamento conservador com algaliação e drenagem vesical por um período mínimo de um mês em 5 doentes, sem sucesso.

Assim, todas as doentes foram submetidas a tratamento cirúrgico. Três doentes foram tratadas precocemente (uma aos 2 meses e duas aos 3 meses após o aparecimento da fístula)

Quinze das dezasseis fístulas véscico-vaginais resolveram após uma única intervenção (taxa de cura de 94%). Num dos casos verificou-se recidiva após cirurgia transvesical e a doente foi submetida a nova intervenção com a mesma técnica cirúrgica, com resolução.

Tivemos 5 complicações operatórias em 4 doentes: celulite da parede abdominal numa doente, deiscência da ferida operatória por infecção em duas doentes, e incontinência por imperiosidade em duas doentes. Nenhuma das complicações necessitou de re-intervenção cirúrgica, e as doentes com imperiosidade melhoraram com medicação anticolinérgica.

Discussão

As fístulas urinárias são comunicações anómalas entre o aparelho urinário e órgãos vizinhos. A sua localização mais comum é entre a bexiga e a vagina, estando descritas também fístulas véscico-uterinas, véscico-entéricas e uretéro-vaginais.

As referências mais antigas a fístulas véscico-vaginais encontram-se em documentos do Egipto antigo e em tratados Hindus com mais de 3000 anos (1). O médico árabe Avicena foi o primeiro a descrever pormenorizadamente as fístulas véscico-vaginais no seu tratado Al-Kanoon em 1037 DC, relacionando-as com trabalhos de parto prolongados (1). A primeira tentativa de correcção cirúrgica ocorreu em 1663 em Amsterdão por Hendrik van Roonhuysse, que introduziu inovações técnicas, como a exposição adequada dos bordos da ferida e o recurso a agulhas de sutura. Usando essas técnicas, o médico suíço Johann Fatio encerrou com sucesso duas fístulas véscico-vaginais em 1675. Também Gosset no início do século XIX conseguir curar uma fístula véscico-vaginal em Inglaterra. Nos EUA, Mettauer teve sucesso no encerramento de uma fístula véscico-vaginal em 1836, seguido de Hayward em 1839 (2). John Marion Sims foi o primeiro cirurgião a sistematizar e publicar os princípios da correcção cirúrgica de fístulas véscico-vaginais por via transvaginal. Para tal desenvolveu afastadores e porta-agulhas, usava fios de prata e colocava as doentes em posição de decúbito lateral exagerado com flexão dos membros inferiores. O seu legado é controverso, granjeando admiração (é considerado o pai da Ginecologia moderna) e crítica (as doentes em quem desenvolveu a sua técnica eram escravas negras) (3). No fim do século XIX, quando já estavam generalizadas as técnicas anestésicas e os princípios da assepsia, Frederich Trendelenburg descreveu a abordagem transvesical para o tratamento de fístulas véscico-vaginais. O século XX viu estabelecerem-se definitivamente todas as possibilidades

técnicas que permitem hoje em dia o tratamento eficaz da maioria das fístulas vésico-vaginais: Martius (1920) descreveu o retalho fibroadiposo de grande lábio usado para interposição, Latzko (1942) descreveu a técnica de colpocleise e O'Conor (1951) desenvolveu a sua técnica de bipartição vesical por via transperitoneal e transvesical (2).

A causa principal de fístulas vésico-vaginais nos países subdesenvolvidos continua a ser o trabalho de parto obstruído, em mais de 80% dos casos. Na África Ocidental, 1 a 3 em cada 1000 partos resulta em fístula vésico-vaginal (2, 4). Para esta desgraça contribuem a falta de cuidados obstétricos, a idade precoce de maternidade, muitas vezes antes de atingida a maturidade física, e a subnutrição. Durante um parto obstruído, a cabeça do feto exerce pressão na parede anterior da vagina, uretra e colo vesical contra o osso púbico, causando necrose. A morte fetal ocorre invariavelmente, e cerca de 10 dias depois são expulsos os restos necrosados da parede vesical e vaginal, com resultante fístula. As mulheres atingidas são vítimas de discriminação pela sociedade e pela sua própria família.

Nos países desenvolvidos, com cuidados de saúde de qualidade, 80% a 90% das fístulas vésico-vaginais são complicações de cirurgia pélvica (1, 5, 6). Os procedimentos ginecológicos e obstétricos são os mais frequentemente responsáveis, em 75% e 9% dos casos, respectivamente (1, 2, 4). A histerectomia abdominal ou vaginal, por exemplo, complica-se de fístula vésico-vaginal em 0,5% a 2% dos casos (1, 2). As cirurgias de incontinência urinária, as ressecções transuretrais de bexiga e a cirurgia coloproctal também podem causar de fístulas vésico-vaginais, em 0,5 a 2% dos casos (1, 4). Outras causas são a radioterapia pélvica, a endometriose, neoplasias do útero, vagina ou bexiga, infecções (tuberculose, por exemplo) e corpos estranhos (2, 4).

A maioria das fístulas vésico-vaginais pós-cirúrgicas resulta de desvascularização ou ruptura inadvertida da bexiga ou de sutura acidental da cúpula vesical durante o encerramento do fundo de saco vaginal na histerectomia. A formação de um urinoma pode também originar uma fístula por drenagem espontânea por planos de menor resistência.

As manifestações clínicas das fístulas vésico-vaginais incluem incontinência urinária com

perda vaginal e queixas urinárias de preenchimento.

Quando a fístula surge na sequência de cirurgia pélvica, as queixas aparecem cerca de 7 a 10 dias após remoção da sonda vesical (2, 4, 6). Por vezes os sintomas podem ser mais precoces e incluir hematúria, febre, ileo paralítico ou distensão abdominal resultante de irritação química do peritoneu por urina. As fístulas resultantes da radioterapia são muito mais tardias, aparecendo habitualmente entre 5 meses e 20 anos após os tratamentos (2, 4, 5). O volume das perdas involuntárias depende do tamanho e localização da fístula e variam desde pequenas perdas com o esforço em ortostatismo até incapacidade de repleção da bexiga por perda vaginal completa.

O diagnóstico de fístula vésico-vaginal pode ser intuído da clínica e do contexto em que surge, mas deve ser confirmado com cistoscopia e vaginoscopia ou através do recurso a testes de compressa vaginal ("pad-test") após preenchimento da bexiga com corante (azul de metileno ou azul patente). Também pode ser útil a administração de fenazopiridina por via oral (2, 6) que cora a urina de cor-de-laranja, particularmente se existe suspeita de fístula uretero-vaginal. Assim, se a compressa corar de laranja e não de azul, a perda vaginal presume-se ter origem ureteral. É mandatória a realização de estudos radiológicos do aparelho alto (tomografia computadorizada, urografia de excreção ou ureteropielografia retrógrada), uma vez que em 10 a 15% dos casos de fístulas vésico-vaginais co-existe fístula uretero-vaginal (4, 2, 6). A cistografia tem pouco interesse no diagnóstico de fístula vésico-vaginal uma vez que tem menos sensibilidade que as provas com corante (4).

Em doentes com história de neoplasia pélvica o trajecto fistuloso deve ser biopsado previamente para excluir recidiva (2, 4, 6).

As fístulas vésico-vaginais consideram-se complexas se recidivaram após tratamento prévio, se o seu tamanho é superior a 2 cm, se apresentam fibrose residual ou se estão associadas a radioterapia (2, 6)

O tratamento das fístulas vésico-vaginais é iminentemente cirúrgico, embora estejam descritos casos de correcção com medidas conservadoras ou minimamente invasivas.

Entre estas contam-se a algaliação permanente (preferencialmente associada a antibioterapia) (6), a electrofulguração endoscópica do trajecto

fistuloso e a injeção de cola de fibrina. A correção espontânea de fistula vesico-vaginal apenas com algaliação ocorre habitualmente durante as primeiras 4 semanas. Se passado este período não se verificar cura, a probabilidade de resolução espontânea é muito baixa (1, 4, 6). Todos estes procedimentos estão descritos para fistulas pequenas e simples e apresentam taxas de sucesso inferiores a 20% (1, 4, 5, 6).

Existem múltiplas técnicas cirúrgicas para o tratamento de fistulas véscico-vaginais, com elevada taxa de cura (superior a 85% à primeira tentativa) (1, 2, 4). Um dos aspectos mais controversos do tratamento desta patologia diz respeito ao momento da reparação. Classicamente era preconizado protelar a intervenção entre 3 e 6 meses, de modo a promover a cicatrização e maturação dos tecidos afectados e diminuir a friabilidade e a inflamação, conseguindo-se assim melhores condições locais para o encerramento. Este conceito foi desenvolvido numa altura em que as fistulas obstétricas (trabalho de parto prolongado) eram mais frequentes. Este tipo de fistula é maior, apresenta maior destruição e inflamação dos tecidos adjacentes e complica-se muitas vezes com infecção secundária. Actualmente, em países com melhor nível sócio-económico e um sistema de saúde minimamente funcionante, as fistulas obstétricas são uma raridade e prevalecem fistulas véscico-vaginais mais pequenas, detectadas mais precocemente e com menos inflamação e destruição associadas. Por isso põe-se em causa a necessidade de protelar a correção cirúrgica (1, 4, 6). É possível tratar uma fistula 2 a 12 semanas após o diagnóstico com 90 a 100% de sucesso (5). Para tal é necessário avaliar periodicamente a bexiga e a vagina de forma a escolher o melhor momento para a correção (aquele em que os tecidos tenham adquirido maior firmeza). As contraindicações ao tratamento precoce incluem tentativa prévia fracassada, processo inflamatório ou infeccioso pélvico concomitante e antecedentes ou etiologia rídica (2).

Os princípios cirúrgicos da reparação de fistulas véscico-vaginais incluem exposição adequada do tracto fistuloso, uso de tecidos bem vascularizados, encerramento estanque em múltiplas camadas, suturas sem tensão e sem sobreposição, e drenagem vesical contínua.

As técnicas cirúrgicas de tratamento das fistulas véscico-vaginais dividem-se em transvaginais

e transvesicais. Qualquer das abordagens apresenta elevada probabilidade de cura (4), pelo que a escolha da técnica depende da experiência do cirurgião e da localização e características da fistula. Tradicionalmente, as fistulas supratrigonais são abordadas por via transvesical e as fistulas infratrigonais, cervicais ou da uretra proximal são abordadas por via transvaginais (2).

A abordagem transvaginais é menos invasiva, mais estética para a doente e com um pós-operatório mais rápido. A doente é colocada em posição de litotomia exagerada ou em posição de litotomia invertida em pronação. Cateteriza-se a fistula e faz-se uma incisão em U da parede vaginal. Este retalho de parede vaginal é mobilizado, e a fistula é removida. Alguns autores advogam o encerramento da fistula sem excisão (2, 4). A parede vesical é então encerrada em dupla camada e o retalho de parede vaginal, já sem o trajecto fistuloso, é suturado.

A abordagem transvesical é mais familiar para o Urologista, permite uma melhor exposição das estruturas atingidas e permite, quando necessário, interpor epiplon ou peritoneu com grande facilidade. Deve ser utilizada quando a exposição vaginal não é possível por estenose vaginal ou deformidade osteoarticular. Também está indicada em caso de fistulas complexas ou associadas a radioterapia, ou quando coexiste fistula uretéro-vaginal com necessidade de reimplantação ureteral.

A doente é colocada em decúbito dorsal ou em posição de litotomia. O acesso pode conseguir-se através de uma incisão mediana infraumbilical ou de uma incisão de Pfannenstiel. A abordagem transvesical pode ser extraperitoneal ou transperitoneal. Na abordagem extraperitoneal, a fistula é corrigida através de uma cistotomia anterior. Proceder-se a cateterização do trajecto fistuloso, incisão da parede circundante, dissecação do espaço entre a bexiga e a vagina, exérese da fistula e encerramento em três planos com suturas em direcções diferentes, de modo a evitar a sobreposição. A via transperitoneal permite interposição de epiplon ou peritoneu e implica bipartição vesical, isto é, secção sagital ou parassagital da bexiga até à fistula, com dissecação extensa do espaço entre a bexiga e a vagina. Esta é a técnica escrita por O'Conor, tida por alguns autores como *gold standard* (7, 8, 9).

A correção cirúrgica de fistulas véscico-vaginais pode complicar-se de lesão ureteral, estenose

Tabela 1

Autor	País	n	Período	Causa (Iatrog./ Obstétrica)	Idade Média	Tempo até à correção	Nº tratamentos com sucesso (%)	Taxa de complicações
HPH	Portugal	16	15 anos	100% / 0	46	6 meses	15/ 16 (94%)	25%
Sebastián et al (1)	Espanha	12	16 anos	100% / 0	44	(2 precoces e 10 tardias)	11/12 (92%)	31%
Daela et al. (7)	Índia	26	4 anos	15% / 85%	21	2 meses	26/ 26 (100%)	30%
Mondet et al (8)	França	28	17 anos	96% / 4%	45	6 meses	24/ 28 (85%)	46%
Ezzat et al (10)	Egipto	35	27 anos	29% / 71%	(17 a 58 anos)	4 meses	31/ 35 (88%)	Não referido
Nesrallah et al (9)	Brasil	29	28 anos	100% / 0%	Não referido	2 meses	29/ 29 (100%)	6%

ou encurtamento vaginal, queixas urinárias de preenchimento, infecção urinária, infecção da ferida operatória ou hematuria (1, 4).

A interposição de um tecido bem vascularizado entre a bexiga e a vagina permite melhorar as condições locais de cicatrização e aumentar a resistência das suturas. O seu uso está preconizado em fístulas recidivadas, múltiplas, extensas, ou associadas a radioterapia (1, 2, 4, 6). Também podem ter indicação em doentes diabéticos, ou medicados com glucocorticóides ou outras drogas imunossupressoras (2). Em casos de fístula vesico-vaginal simples a taxa de cura é alta mesmo sem recurso a esta técnica, pelo que o seu uso é opcional (4). Os tecidos de interposição incluem o retalho de Martius (tecido fibroadiposo do grande lábio) e o retalho de músculo gracilis, nas correções transvaginais, e os retalhos de grande epiplon e de peritoneu nas correções transvesicais. O epiplon tem a vantagem adicional de promover uma drenagem linfática muito eficaz, reabsorvendo exsudados e detritos celulares (2, 9).

Na nossa série, usámos predominantemente a técnica transvesical extraperitoneal, com exérese do trajecto fistuloso. Apenas utilizámos interposição de epiplon em fístulas extensas.

Tivemos uma recidiva, após correção por via transvesical extraperitoneal, que foi submetida a segunda tentativa pela mesma técnica, desta vez com sucesso.

Obtivemos uma taxa de cura de 94% à primeira tentativa. Estes resultados são sobreponíveis aos relatados por outros autores em séries recentes (tabela 1).

As séries provenientes de países subdesenvolvidos incluem habitualmente casos associados a traumatismo durante o trabalho de parto, em doentes mais novas.

A idade média das nossas doentes é semelhante a outras séries com etiologia predominantemente iatrogénica.

Sebastián e colaboradores utilizaram técnica transvesical extraperitoneal em 3 doentes e a técnica de O'Conor com interposição de epiplon ou peritoneu em 9 doentes (1). Já Daela descreve na sua série de 26 doentes uma técnica de O'Conor modificada que consiste numa cistotomia sagital ou parassagital limitada à parede posterior da bexiga até ao nível da fístula vesico-vaginal. Em todas as doentes interpôs epiplon. Tratavam-se de fístulas extensas, com tamanho médio de 2,8 cm (7). Mondet procedeu a técnica transperitoneal transvesical, com interposição de tecidos em 21 dos 30 doentes (15 de peritoneu e 6 de epiplon) (8). Ezzat descreve também uma técnica de O'Conor modificada que consiste de cistotomia parasagital com retalho rotacional da parede vesical para encerrar fístulas vesico-vaginais gigantes (tamanho médio 7,5 cm) A via de abordagem foi mista, transabdominal e transvaginal. Usou técnicas de

interposição em 23 das 35 doentes (retalho de músculo gracilis – 13, epiplon - 5, perítoneu – 2, retalho de Martius – 3) (10). Nesrallah utilizou a técnica de O'Conor com interposição de epiplon em todas as suas doentes.

Tivemos uma taxa de complicações de 25%, sem necessidade de reintervenção.

Sebastián descreve uma taxa de complicações de 31% (2 infecções urinárias, uma delas com choque séptico, uma infecção da ferida operatória e um caso de hematuria) (1). A série de Daela teve 30% de complicações (LUTS irritativo em 6 doentes, incontinência urinária em uma doente e um caso de infecção da ferida operatória). Mondet relata uma elevada taxa de complicações, 46% (1 abscesso subfrênico, 1 hematoma pélvico, 1 fístula vesico cutânea em local de cistostomia, 2 ITU recorrentes, 7 casos de imperiosidade e um caso de incontinência de esforço) (8).

Nesrallah descreve apenas 6% de complicações (1 abscesso pélvico e uma incontinência urinária de esforço).

Em relação ao tempo de espera até à correcção, podemos observar que mesmo intervindo precocemente (menos de 3 meses, em média), vários autores conseguem taxas de cura elevadas. Na nossa série tratámos precocemente três doentes, com resultados idênticos.

Conclusões

O tratamento das fístulas véscico-vaginais é predominantemente cirúrgico. A abordagem conservadora ou minimamente invasiva falha na maioria dos casos.

Existem várias técnicas de correcção, por via abdominal ou vaginal, com elevada taxa de cura.

Embora classicamente se preconizasse um tempo de espera e maturação de 3 a 6 meses, as séries mais recentemente publicadas incluem vários casos de correcção precoce, com a mesma probabilidade de sucesso. O momento da intervenção cirúrgica deve, assim, ser escolhido caso a caso.

A interposição de retalhos vascularizados entre a parede vesical e a parede vaginal aumenta a

probabilidade de cura nos casos mais complexos, mas não é necessária na maioria das fístulas simples que resultam de complicações de cirurgia pélvica.

Este artigo relata a experiência do nosso Serviço no tratamento desta patologia. Concluimos que a série que apresentamos é semelhante às de outros autores de instituições de países desenvolvidos, no que diz respeito quer à etiologia quer aos resultados cirúrgicos.

Bibliografia

1. Navarro Sebastián FJ, García González JI, Castro Pita M, Díez Rodríguez JM, Arrizabalaga Moreno M, Mañas Pelillo A, Paniagua Andrés P. Treatment approach for vesicogenital fistula. Retrospective analysis of our data. *Actas Urol Esp.* 2003 Jul-Aug; 27 (7): 530-7.
2. Huang WC, Zinman LN, Bihrlé W. Surgical repair of vesicovaginal fistulas. *Urol Clin North Am.* 2002 Aug; 29 (3): 709-23.
3. Costa CM. James Marion Sims: some speculations and a new position. *Med J Aust.* 2003 Jun 16; 178 (12): 660-3.
4. Smith GL, Williams G. Vesicovaginal fistula. *BJU Int.* 1999 Mar; 83 (5): 564-9.
5. Romics I, Kelemen Z, Fazakas Z. The diagnosis and management of vesicovaginal fistulae. *BJU Int.* 2002 May; 89 (7): 764-6.
6. A.Allona Almagro, J.L. Sanz Migueláñez, P. Pérez Sanz, B. Pozo Mengual, S. Navío Niño. Fístulas urinárias: puesta al día. *Actas Urol Esp.*, 2002 26 (10): 776-795.
7. Dalela D, Ranjan P, Sankhwar PL, Sankhwar SN, Naja V, Goel A. Supratrigonal VVF repair by modified O'Connor's technique: an experience of 26 cases. *Eur Urol.* 2006 Mar; 49 (3): 551-6.
8. Mondet F, Chartier-Kastler EJ, Conort P, Bitker MO, Chatelain C, Richard F. Anatomic and functional results of transperitoneal-transvesical vesicovaginal fistula repair. *Urology.* 2001 Dec; 58 (6): 882-6.
9. Nesrallah LJ, Srougi M, Gittes RF. The O'Conor technique: the gold standard for supratrigonal vesicovaginal fistula repair. *J Urol.* 1999 Feb; 161 (2): 566-8. Review.
10. Ezzat M, Ezzat MM, Tran VQ, Aboseif SR. Repair of giant vesicovaginal fistulas. *J Urol.* 2009 Mar; 181 (3): 1184-8.