

Técnica Cirúrgica

Retalho de Martius e sua Variante Cutânea Insular em Fístulas Genitourinárias Complexas

Francisco E. Martins

Serviço de Urologia do Hospital de Pulido Valente, Lisboa
Director de Serviço: Dr. Tomé M. Lopes

Divisão de Urologia do Hospital dos S.A.M.S., Lisboa
Responsável: Dr. José Maria Alves

Palavras-chave: Retalho Insular, Martius, Fístula Genitourinária, Complexa, Reconstrução.

Key-words: Island Flap, Martius, Genitourinary Fistula, Complex Reconstruction

Introdução

Quer por lesão iatrogénica, quer por traumatismo obstétrico, as fístulas genitourinárias (GU), em particular as fístulas vesicovaginais, permanecem um problema de consequências médicas, psicológicas e sociais devastadoras. Alteram significativamente a qualidade de vida da doente, especialmente se tiver de esperar 6 meses para a sua correcção. Existe uma variedade de técnicas cirúrgicas reconstitutivas utilizadas na correcção destas fístulas, nomeadamente retalho de tecido fibroadiposo de grande lábio (Martius) (Figura 1), retalho de músculo gracilis, retalho de músculo recto abdominal, retalho peritoneal e retalho de grande epíplon, cujas indicações podem resumir-se em: 1) fístulas de diâmetro superior a 4 cm; 2) envolvimento do colo vesical/uretra proximal; 3) fístulas rádicas; e 4) falência de correcções prévias. Nos países em desenvolvimento, a vasta maioria das fístulas GU complexas são provocadas por traumatismo obstétrico. No mundo restante, estão associadas essen-

cialmente a cirurgia pélvica oncológica e/ou radioterapia. A maioria das correcções de fístulas GU complexas necessitando de transferência de tecidos pode ser eficazmente realizada por via vaginal e interposição de retalho de Martius modificado, isto é, sem vantagem de incorporação de fibras de músculo bulbocavernoso no retalho, tal como originalmente descrito por Heinrich Martius (1).

Embora exista alguma controvérsia e preocupação quanto à longevidade destes retalhos em fístulas GU rádicas, o retalho de Martius modificado parece, no entanto, adequado às primeiras correcções. O retalho de músculo gracilis deve ser considerado em correcções secundárias (falências de correcções prévias) de fístulas rádicas por via exclusivamente vaginal. Em geral, estas técnicas de transposição de tecidos têm como finalidade: 1) fortalecer a reconstrução, fornecendo suporte, e 2) aumentar a vascularização da área reconstruída.

Por vezes, algumas das lesões infligidas ao aparelho genitourinário, assim como os respectivos procedimen-

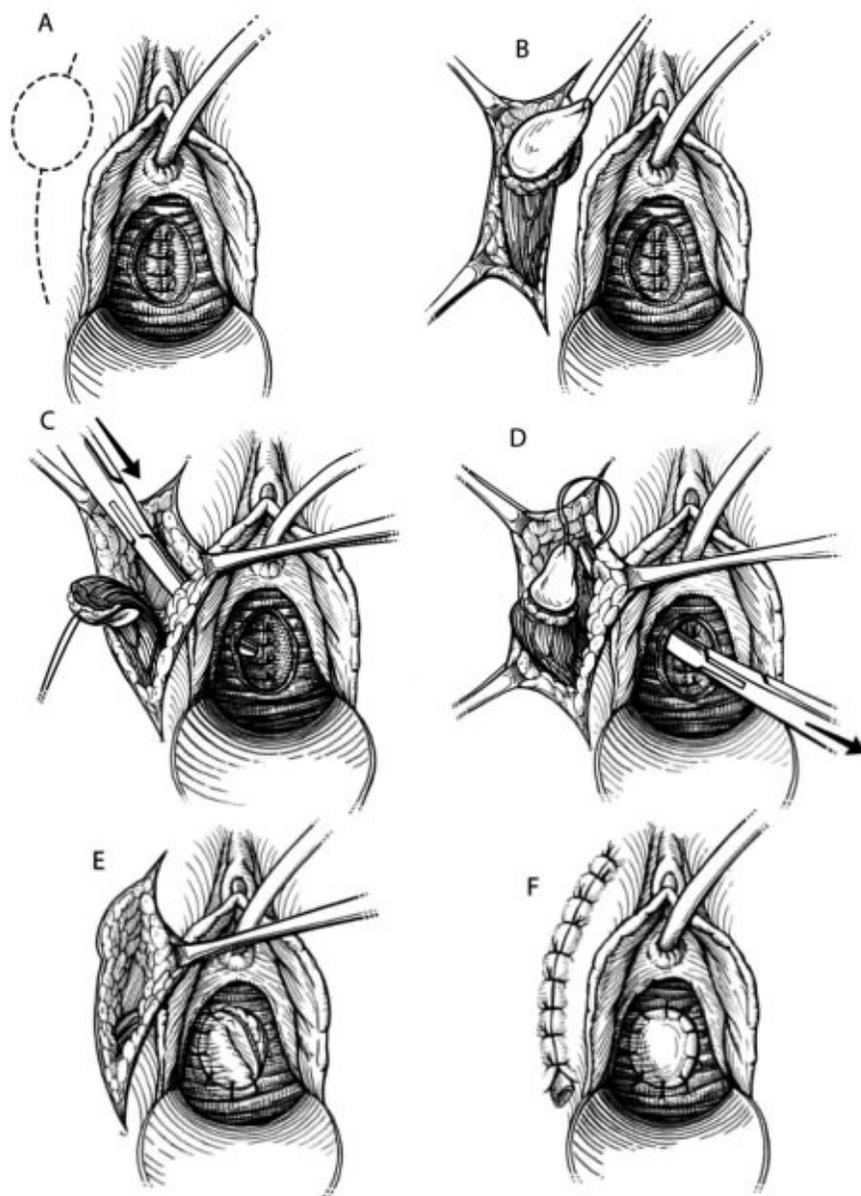


Figura 1 – Técnica cirúrgica da colheita e utilização de retalho de Martius modificado.

tos reconstitutivos vaginais, resultam em défices importantes do epitélio vaginal, que dificultam, ou mesmo impossibilitam, o encerramento da parede vaginal. Estas reconstruções representam desafios cirúrgicos consideráveis. A simples reaproximação de tecidos é frequentemente impossível devido à extensão de destruição tecidual e consequente cicatrização defeituosa; mesmo quando possíveis, tais reaproximações estão condenadas ao fracasso devido à importante desvascularização. Descreve-se a técnica de retalho fibroadiposo de grande lábio sem incorporação de músculo bulbo-cavernoso (Martius modificado), assim como a sua variante cutânea insular, e sua aplicação na reconstrução de defeitos importantes da parede vaginal (1-3).

Técnica Cirúrgica

A doente é colocada em posição de litotomia exagerada com as nádegas ligeiramente exteriorizadas da mesa operatória. A mesa operatória é colocada em posição de Trendelenburg, o que permite excelente exposição da parede anterior da vagina e da fístula. Após injeção submucosa de soro fisiológico para hidrodissecção, diseca-se a mucosa vaginal em redor da fístula. Esta dissecção estende-se anteriormente até ao colo vesical/uretra proximal e posteriormente até próximo do colo uterino. Esta dissecção extensa permite melhor mobilização e exposição da fístula e consequente encer-

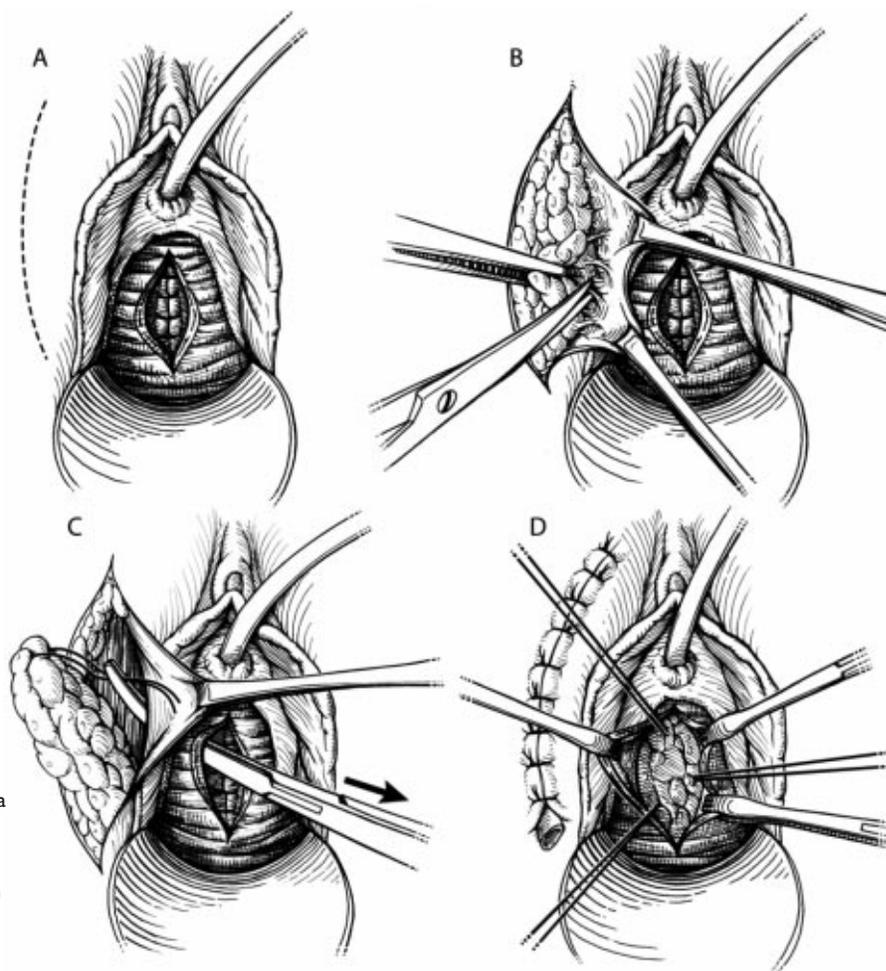


Figura 2 – Técnica cirúrgica da colheita e utilização da variante cutânea insular do retalho de Martius, também conhecida por retalho de Symmonds-Knapstein.

ramento sem tensão. O desenvolvimento de retalhos anterior e posterior de parede vaginal facilita o encerramento primário em casos de fístulas GU não extensas/não complexas. Quando existe defeito significativo de epitélio vaginal para encerramento primário, deve utilizar-se um retalho cutâneo insular com o seu pedículo vasculofibroadioposo (variante do retalho de Martius modificado), também conhecido na literatura Germânica por retalho de Symmonds-Knapstein (4-5) (Figura 2). Este retalho é delineado na porção superior e mediana de um dos grandes lábios, variando o seu tamanho consoante a necessidade. Esta ilha cutânea é elevada com o seu tecido fibroadiposo e pedículo vascular, habitualmente proveniente de ramos da artéria pudenda interna, sendo seguidamente transposta através de túnel subcutâneo sub-labial e subepitelial vaginal até à área a reconstruir. Este túnel deve ser suficientemente largo de modo a permitir a passagem confortável, sem tensão e sem estrangulamento, do retalho. O lado fibroadiposo é suturado voltado para a bexiga e o seu lado cutâneo é suturado aos bordos do epitélio vaginal para encerra-

mento do defeito. Deve deixar-se um dreno aspirativo durante 1 – 2 dias. O encerramento labial é efectuado por planos de forma tradicional. Deve tamponar-se a vagina com uma gaze iodoformada, que deve ser retirada às 24 – 48 horas. Habitualmente, a bexiga permanece em drenagem passiva (algália Sylastic 16 Fr.) durante 3 semanas, após as quais efectua-se uma cistografia miccional. Na ausência de “fugas” urinárias, retira-se a algália. Está proscria qualquer actividade sexual vaginal durante 3 meses.

Discussão

Na série do autor, foram submetidas a correcção cirúrgica vaginal exclusiva um total de 8 doentes, 4 com fístula vesicovaginal, 3 com fístula uretrovaginal e 1 com fístula neovesico-vaginal*. Cinco das doentes, incluindo a doente com neobexiga, receberam interposição de retalho de Martius modificado, tendo as restantes 3 sido submetidas à sua variante cutânea insular. A reconstru-

ção foi bem sucedida em 7 (87.5%). Em uma doente com fístula uretrovaginal foram necessárias 2 tentativas cirúrgicas. A maioria dos retalhos cutâneos insulares mediam aproximadamente 2.5 x 5 cm, podendo teoricamente corresponder a toda extensão do grande lábio. Nestes casos, deve mobilizar-se simultaneamente todo o tecido fibroadiposo subjacente com o seu pedículo vascular. Em casos ainda mais extensos, é possível mobilizar retalhos bilaterais, embora na experiência limitada do autor nunca ter havido oportunidade para tal. Na maioria das reconstruções vaginais por fístulas GU complexas, onde seja necessária a utilização do retalho de Martius, existe suficiente epitélio vaginal de modo a obter-se um encerramento primário sem tensão. A necessidade de tecido epitelializado (cutâneo) adicional para um encerramento vaginal sem tensão é mais rara e está habitualmente associada a extensas lesões iniciais, a reconstruções prévias fracassadas ou a lesões radicais. O retalho de Martius cutâneo insular tem a vantagem de proporcionar tecido vascularizado, de modo a almofadar e proteger a área reconstruída, além de proporcionar tecido cutâneo de boa qualidade necessário a um encerramento de defeitos vaginais de tamanho moderado. Além do mais, a introdução de novo epitélio, ao contrário da utilização de retalhos da própria parede vaginal, impede a redução do calibre e comprimento vaginais. Esta variante cutânea insular do retalho de Martius foi inicialmente descrita por Margolis e colaboradores na tentativa também de minimizar o desenvolvimento piloso intravaginal, assim como a distorção genital externa (6).

É importante manter, tanto quanto possível, o aspecto cosmético, tanto da área labial como vaginal, assim como o calibre e profundidade vaginais. Em geral, estes procedimentos são bem tolerados e produzem impacto mínimo, em termos de função sexual.

Conclusão

A vasta maioria das mulheres, que necessitam de cirurgia vaginal reconstrutiva complexa, possui suficien-

te tecido vaginal para realização de retalhos de parede vaginal. É convicção do autor que a abordagem vaginal é mais fácil, oferece menor morbidade e melhor oportunidade de sucesso. Embora as fístulas GU grandes, recorrentes e complexas, associadas a importante destruição de parede vaginal, constituam um desafio cirúrgico, tanto para o urologista, como para o ginecologista, a utilização meticulosa do retalho de Martius modificado e, em particular, da sua variante cutânea insular proporciona um meio simples e eficaz na correcção destes problemas vaginais complexos, em que o encerramento primário da parede vaginal não seja possível, com bons resultados funcionais, morbidade mínima e elevados índices de satisfação.

* O autor gostaria de agradecer ao Prof. Dr. Stuart D. Boyd (USC, Los Angeles) a amabilidade em ter operado a doente com fístula neovesico-vaginal.

Bibliografia

1. Martius H: Die operative Wiederherstellung der vollkommen fehlenden Harnrohare und des Schliessmuskels derselben. *Sentralbl Gynakol* **52**: 480-486, 1928.
2. Elkins TE, Delancey JOL e McGuire EJ: The use of modified Martius graft as na adjunctive technique in vesicovaginal and rectovaginal fistula repair. *Obstet Gynecol* **75**: 727-733, 1990.
3. McKinney DE: Use of full thickness patch graft in urethrovaginal fistula. *J Urol* **122**: 416, 1979.
4. Symmonds RE e Hill LM: Loss of the urethra: a report on 50 patients. *Am J Obstet Gynecol* **130**: 130-138, 1978.
5. Reiffenstuhl G e Knapstein P-G: Surgical treatment of vesicovaginal fistula. In: Reiffenstuhl G, Platzer W e Knapstein P-G, editors. *Vaginal Operations: Surgical Anatomy and Technique*, 2nd edition (English). Baltimore. Williams & Wilkins, 1996: 192-198.
6. Margolis T, Elkins TE, Seffah J, Oparo-Addo HS e Fort D: Full-thickness Martius grafts to preserve vaginal depth as an adjunct in the repair of large obstetric fistulas. *Obstet Gynecol* **84**: 148-152, 1994.