

FERNANDO CORDEIRO - TSBCP
CARLOS WALTER SOBRADO JR - TSBCP
JOSÉ ALFREDO DOS REIS JR - TSBCP
MARIZA HELENA PRADO KOBATA - TSBCP

CORDEIRO F, SOBRADO Jr. CW, REIS Jr. JA & KOBATA MHP -
Tribuna livre: Como eu faço. *Rev bras Coloproct.* 1999; 19(3): 219-222

Como sempre, gostaríamos de agradecer aos nossos colegas a participação nesta seção pois, sem eles, ela não existiria. Lembramos sempre que o nosso objetivo é favorecer a participação de todos, permitindo assim que emitam suas opiniões livremente.

Além destes agradecimentos, gostaríamos de lembrar aos colegas que esta é uma **TRIBUNA LIVRE** e não há necessidade de convites para que sua opinião seja discutida. Enquanto houver distintos posicionamentos dos apresentados, o tema será mantido ou retornará à discussão, porém não serão publicados os textos considerados contestatórios.

Gostaríamos ainda de solicitar aos colegas que queiram participar, que enviem sugestões de novos temas ou perguntas, bem como suas condutas nos casos discutidos.

Àqueles interessados em colaborar, manteremos sempre um canal aberto pelo **fax: (019) 254-3839** ou **E.mail: scut@lexxa.com.br**.

O tema desta edição será: **Fístulas retovaginais: como tratá-las?** e contamos com a colaboração de três membros da nossa Sociedade:

1. **Carlos Walter Sobrado Jr. - São Paulo (SP)**
2. **José Alfredo dos Reis Jr. - Campinas (SP)**
3. **Mariza Helena Prado Kobata - São Paulo (SP)**

1. Como identificar uma fístula retovaginal? Quais exames de imagem ou não você utiliza para confirmar esta hipótese?

Carlos Walter Sobrado Jr. - A fístula retovaginal, como o próprio nome diz, representa a comunicação anormal entre o reto e a vagina. O seu diagnóstico geralmente não traz dificuldades, sendo que a principal queixa, referida pela paciente, é a perda de flatus, fezes ou secreção fecalóide pela vagina.

Vale lembrar que uma parcela das pacientes portadoras de fístula retovaginal é assintomática, outra pequena parte apresenta sintomas apenas durante episódios de diarreia, mas na grande maioria dos casos, tem-se a perda freqüente de gases e fezes através da vagina. O exame especular através do intróito vaginal, ou o endoscópico do reto confirmam sua presença, e em boa parte dos casos, inclusive a localização exata do

orifício fistuloso. Nos casos de dúvida, coloca-se um tampão vaginal e instila-se 10 a 20 ml de solução de azul de metileno no reto, e posteriormente (alguns minutos), visualiza-se o tampão à procura da mancha do corante, e que se positivo, confirma a presença da fístula. O diagnóstico também pode ser confirmado e visualizado por meio do exame contrastado do reto, após a introdução de líquido de contraste (ex.: Hipaque) no seu interior. Em algumas situações especiais, em que o trajeto é de difícil visualização, pode-se utilizar o exame de videofecografia com o contraste bem fluído, uma vez que durante os vários momentos do exame - contração muscular, repouso e esforço evacuatório, especialmente nessa última fase, ter-se-á aumento expressivo da pressão no interior do reto, identificando assim o trajeto fistuloso quando presente.

Alguns autores têm referido a utilização da tomografia computadorizada da pelve e também do ultra-som transretal para fins diagnósticos, os quais não tenho utilizado de rotina, por não achá-los imprescindíveis, além do seu custo elevado. Esses exames de imagem (TC e USG), podem ser utilizados nas fístulas secundárias - D. Crohn e neoplasias, com o objetivo de avaliar a extensão da lesão, o envolvimento de outros órgãos e a extensão dos trajetos fistulosos. A eletromanometria e a eletromiografia anal, assim como outros testes funcionais, podem ser realizados em pacientes com incontinência fecal associada, para definir o grau de lesão neuromuscular.

O exame sob narcose pode ser realizado em casos selecionados com o objetivo de determinar a extensão e a localização exata do trajeto fistuloso, além de permitir a biópsia de suas bordas nos casos de suspeita de malignidade.

José Alfredo dos Reis Jr. - Após uma boa anamnese, o primeiro exame a ser realizado é o exame físico, por meio de um toque retal e vaginal. A retossigmoidoscopia e o exame vaginal com espéculo são mandatórios. É importante a realização de biópsia da fístula quando esta não estiver relacionada com trauma obstétrico, para descartar lesões neoplásicas, actínicas ou inflamatórias (ex.: doença de Crohn).

Os exames radiológicos contrastados, principalmente a fistulografia poderão ajudar-nos, demonstrando o trajeto fistuloso, assim como um enema baritado poderá comprovar a presença da fístula.

Atualmente podemos dispor de exames mais fidedignos, porém mais onerosos, como o ultra-som endoanal e a ressonância magnética.

Mariza Kobata - Geralmente, o quadro clínico é sugestivo de fístula retovaginal, mas elas podem ser assintomáticas, dificultando o diagnóstico. Sintomas menores como corrimento vaginal constante e propensão a desenvolver infecções urinárias com vaginites e algumas vezes complicadas com dispareunia, podem sugerir a presença de fístula retovaginal. Sintomas mais importantes como perda de gases pela vagina com odor característico e/ou perda de fezes sólidas ou líquidas pela vagina, ou mesmo incontinência fecal, podem ser bastante sugestivos de fístula retovaginal. Quando ocorre diarreia ou mesmo quando a fístula é com o intestino delgado, podem ocorrer intensas escoriações da pele perineal e vulva. Podemos confirmar essa hipótese através de um exame proctológico bem feito, associado a um exame ginecológico, com toque bidigital, à procura de pertuitos no septo retovaginal. Esse exame pode, se necessário, ser realizado sob narcose, com biópsias do local, para determinar a causa da mesma, se de origem radioterápica ou recidiva tumoral ou neoplasia maligna primária etc. Pode-se necessitar de um trânsito intestinal ou um enema baritado para identificação de uma fístula com o intestino delgado ou com o cólon. Caso haja trajetos para a pele poderemos realizar uma fistulografia. Quando ocorre envolvimento urinário na fístula, poderemos necessitar de uma urografia excretora, uretrocistografia miccional ou mesmo uma cistoscopia. A ressonância magnética e a ultra-sonografia endorretal são exames mais recentes e podem ajudar na detecção de trajetos mais difíceis.

2. Como classificá-las? Qual a importância desta quanto à técnica a ser aplicada na sua correção?

Carlos Walter Sobrado Jr. - A fístula retovaginal pode ser classificada de acordo com a localização do orifício fistuloso em alta e baixa. Baixa é aquela cujo orifício se localiza até 5 cm da linha pectínea e quando acima deste nível, é denominada alta.

Com relação à sua etiologia, podem ser classificadas em congênicas e adquiridas, sendo estas mais comuns e dentre elas predominam as traumáticas (obstétricas ou cirúrgicas).

Levando-se em conta o diâmetro do orifício fistuloso, podem ser classificadas em pequenas (até 1 cm), médias (entre 1 e 2,5 cm) e grandes (acima de 2,5 cm).

Podem também ser classificadas em simples ou complexas, sendo aquelas localizadas no septo retovaginal baixo, com diâmetro menor do que 2,5 cm e cujo tecido perifistular é normal. Já as complexas são as fístulas cujo orifício é maior do que 2,5 cm, localizadas acima de 5 cm da linha pectínea e cujo tecido perifistular é doente (D. Crohn, fibrose pós-radioterapia e neoplasias).

As fístulas simples geralmente são tratadas por abordagem perineal (desbridamento e sutura primária, avanço distal de "flap", perineoplastia entre outras), com resultado satisfatório. As fístulas complexas por outro lado, se constituem em um

capítulo à parte, necessitando não raras vezes de tratamento cirúrgico com abordagem combinada: abdominal e perineal.

José Alfredo dos Reis Jr. - Pela classificação por nós empregada, segundo Lawson (1968), a localização da fístula é de suma importância. Esta pode ser alta (por definição localiza-se acima do anel anorretal e da ação como esfíncter do músculo puborretalis) e baixa (localiza-se abaixo do anel anorretal).

O tratamento a ser proposto depende primeiramente da patologia de base, mas a sua localização pode nos indicar a melhor via de acesso para a sua correção.

Mariza Kobata - A classificação das fístulas retovaginais é geralmente incompleta, por serem classificadas segundo apenas um critério. Podemos classificá-las, segundo critérios anatômicos em:

a) Fístulas enterovaginais pélvicas - devido a comunicação entre o intestino delgado ou o cólon sigmóide e o fornix posterior. Podem ser causadas por Doença de Crohn, moléstia diverticular ou câncer.

b) Fístulas retovaginais altas - devido a comunicação entre o terço médio do reto e o fórnix posterior. Ocorrem após radioterapia para carcinoma de colo uterino ou endometrial e após cirurgias pélvicas para o reto ou o útero.

c) Fístulas retovaginais médias - ocorrem entre o terço inferior do reto e a porção média da vagina. Geralmente são devidas a causas obstétricas e mais raramente devidas a neoplasias de reto ou doenças inflamatórias.

d) Fístulas retovaginais baixas - ocorrem no anel anorretal, devidas a corpos estranhos, trauma local ou após reparos do assoalho pélvico em cirurgias ginecológicas ou anorretais.

e) Fístulas anovaginais - que podem ser divididas em: supra-esfíntéricas e trans-esfíntéricas. São associadas a infecções das glândulas anais, abscessos perirretais, abscessos da glândula de Bartholin (bartolinites) ou cirurgia anal prévia (anastomoses ileoanais).

A classificação desta maneira das fístulas retovaginais é de fundamental importância, pois dependendo do tipo e da causa da fístula teremos diferentes abordagens terapêuticas. Por exemplo: uma neoplasia de reto com fístula para o fórnix posterior poderá ser tratada através de uma retossigmoidectomia abdominal associada a uma histerectomia total abdominal, com anastomose colorretal baixa. Uma fístula na mesma posição devido a uma neoplasia avançada de colo uterino, poderá ser tratada apenas através de uma desfuncionalização do trânsito intestinal por uma colostomia e radioterapia. Portanto, o tipo de tratamento dependerá de vários fatores. Uma fístula entre o intestino delgado ou o cólon sigmóide e o fundo de saco vaginal, necessitará de uma abordagem abdominal, enquanto as fístulas de origem obstétrica na porção média da vagina, que são as mais frequentes, necessitam, geralmente, abordagem por via vaginal, perineal ou mesmo transanal.

3. Qual a técnica de sua preferência para correção e por que via de acesso?

Carlos Walter Sobrado Jr. - O reparo cirúrgico não deve ser tentado precocemente, ou seja, logo após a instalação da fístula. Deve ser esperado o completo desaparecimento do processo inflamatório local, ou seja, dois a seis meses após o aparecimento da fístula. Numerosos relatos têm sido descritos de cicatrização primária, com fechamento espontâneo da fístula, corroborando com a necessidade desse período de espera pré-operatório.

Nas fístulas simples, dou preferência pela abordagem transanal, lado da fístula de pressão mais alta, além de permitir a correção de doenças proctológicas associadas, e também da realização de esfínteroplastia quando necessário. A técnica que tenho realizado, é aquela onde realiza-se o fechamento primário do orifício fistuloso após a ressecção da fibrose, e em seguida, aproxima-se o músculo esfíncter interno, e por fim, desliza-se distalmente o retalho retal parcial, portanto, a oclusão é realizada em três planos.

Nas fístulas cujo orifício é maior do que 2,5 cm, geralmente congênitas ou associadas a irradiação (Ca ginecológico), o tratamento operatório deve ser outro, uma vez que o tecido perifistular é doente, geralmente fibrótico e inelástico, o que dificulta a abordagem perineal. Variadas técnicas têm sido sugeridas para o seu tratamento, tais como: ressecção e anastomose coloanal (técnica de Parks), sutura primária e omentoplastia ou graciloplastia, também outras transposições musculares, com resultados díspares.

Damos preferência à técnica denominada Neovagina retal (técnica de Simonsen), onde faz-se a doação de parte do reto para a vagina, e em seguida realiza-se o abaixamento do cólon por via posterior (como na técnica de Duhamel-Haddad), com anastomose direta no canal anal ou deixando uma colostomia perineal (Dis Colon Rectum, 1998; 41: 658-660).

A grande vantagem desta técnica é que evita-se dissecar a área com extensa fibrose localizada no septo retovaginal.

José Alfredo dos Reis Jr. - O tratamento proposto para a correção da fístula retovaginal depende, como já comentei anteriormente, da patologia de base. Se for decorrente de um trauma obstétrico a correção por via perineal é em sua grande maioria factível e de bons resultados, principalmente nas fístulas classificadas como baixas e nas fístulas altas sem comprometimento da bexiga e/ou outras estruturas anatômicas, já a sua correção por via transanal apresenta-se como uma boa opção técnica, porém nas fístulas altas com comprometimento da bexiga e/ou outras estruturas anatômicas, a correção por via abdominal apresenta melhores resultados em nossa opinião. Se for por origem inflamatória (Doença diverticular) de localização alta a retossigmoidectomia com uma anastomose coloretal é por nós realizada.

Mariza Kobata - As técnicas de escolha para correção de uma fístula retovaginal dependerão do tipo de fístula a ser abordada e da posição que o cirurgião está mais habituado a operar. As fístulas retovaginais mais frequentes são as de causa obstétrica, na região média da vagina e podem ser abordadas tanto por via vaginal, quando se opera em posição de litotomia, quanto por via transanal quando se opera em posição de jack-knife. Damos preferência para a abordagem vaginal, com abertura em "U" da parede vaginal ao redor do orifício, identificação do trajeto fistuloso até o reto, exérese do defeito na vagina e no reto, fechamento da parede retal transversalmente, aproximação da camada muscular longitudinalmente e avanço do "flap" vaginal transversalmente corrigindo o defeito. Geralmente não há necessidade de uma colostomia derivativa do trânsito intestinal e podemos utilizar somente um preparo mecânico do cólon.

4. Em caso de insucesso qual a sua conduta? Já se encontrou frente à situações de difícil resolução e qual foi sua opção?

Carlos Walter Sobrado Jr. - Em portadores de Doença de Crohn, deve-se primeiro tratar a doença de base (intestinal), para em seguida abordar a fístula retovaginal.

Nos casos de insucesso, pode-se realizar novamente o deslizamento distal do retalho, associado à feitura de um estoma de proteção.

José Alfredo dos Reis Jr. - No trauma obstétrico alto quando apresenta insucesso na sua correção, poder-se-ia utilizar a técnica descrita por Lawson-Tate, em que a fístula retovaginal é transformada em uma ruptura de 3º grau; esperaria haver tecido de granulação e posteriormente fecharia (tratando então como ruptura perineal de 3º grau), já no trauma obstétrico baixo pode-se utilizar da técnica da fistulotomia com "seton".

Mariza Kobata - Em casos de recidiva da fístula poderemos optar por mudança da abordagem técnica, além de uma desfuncionalização do trânsito intestinal através de uma colostomia para permitir uma melhor cicatrização da ferida operatória. Esses casos são geralmente devido a radioterapia, em que todos os tecidos adjacentes à fístula são também irradiados e apresentam dificuldade à cicatrização.

Já tivemos casos de difícil resolução por via vaginal, com recidiva do trajeto fistuloso, sendo realizada uma abordagem perineal do trajeto fistuloso, com reconstrução do assoalho pélvico, aproximando-se os músculos elevadores e o esfíncter anal. Esta interposição de tecido muscular colabora para dificultar a recidiva, dando, por vezes, melhores resultados nos casos mais problemáticos.

5. Comentários?

Carlos Walter Sobrado Jr. - Como comentários finais, gostaria de chamar atenção para algumas medidas que julgo importantes para o tratamento da fístula retovaginal:

O preparo de cólon pré-operatório é procedimento importante, assim como a antisepsia da cavidade vaginal, objetivando a prevenção da infecção da ferida cirúrgica;

Com relação à técnica cirúrgica, alguns princípios devem ser observados, tais como:

- A base do retalho a ser deslizado deve ser aproximadamente o dobro do ápice, para que seja preservada a vascularização,
- Deve-se fazer o desbridamento do orifício fistuloso,
- As suturas devem ser feitas sem tensão,
- A hemostasia deve ser cuidadosa e perfeita, e não excessiva com bisturi elétrico,
- fechamento da fístula deve ser realizada em três planos,
- A parede vaginal deve ficar aberta para funcionar como área de drenagem.

As pacientes devem ser adequadamente avaliadas e selecionadas para serem submetidas à correção cirúrgica por via perineal transanal, excluindo-se:

- Portadoras de fístulas localizadas acima de 6 cm da linha pectínea,
- Fístulas com diâmetro maior que 3 cm,
- Fístulas recentemente formadas,
- Doentes cuja fístula seja decorrente de neoplasias, irradiação ou Doença de Crohn em atividade no reto.

José Alfredo dos Reis Jr. - As fístulas retovaginais que apresentam maiores dificuldades no seu tratamento, são as fístulas de origem actínica, em que a técnica de reparo local, realizada em tecido previamente irradiado, está sujeita ao fracasso. O tratamento preconizado para este tipo de patologia deverá ser

a ressecção do segmento doente, e a anastomose em local não comprometido, podendo em algumas circunstâncias requerer uma anastomose coloanal baixa.

Mariza Kobata - As fístulas retovaginais têm se tornado menos freqüentes nos serviços onde o trabalho de parto prolongado tem sido evitado, com realização de cesáreas mais freqüentes, mas permanece ainda, por vezes, sendo um grande desafio para ginecologistas, cirurgiões gerais e proctologistas devido a sua recidiva freqüente. Temos que lembrar também das outras causas de fístulas retovaginais e sempre tentar estabelecer o diagnóstico mais correto possível para evitarmos abordagens não resolutivas do processo. Não podemos nos esquecer que esta situação causa extremo desconforto para as pacientes, que, por vezes não apresentam outras doenças associadas e merecem uma resolução adequada e rápida de seu problema, através de uma abordagem tecnicamente por vezes simples e fácil, mas nem sempre de simples e fácil solução.

Esta rodada de perguntas e respostas encerra esta seção da TRIBUNA LIVRE: COMO EU FAÇO. Agradecemos novamente a inestimável colaboração dos colegas.

Este tema é amplo e nossa intenção é a de dar um rápido enfoque do tratamento da enfermidade em vários locais alcançados por nossa Sociedade.

Se você tem alguma opinião divergente ou gostaria de completar aquilo que foi aqui referido, escreva-nos.

Gostaríamos de ter sua participação efetiva independente de sua titulação dentro da sociedade e mais uma vez agradecer àqueles que de maneira tão rápida, gentil e extremamente concisa colaboraram para manter acesa conosco a chama desta TRIBUNA.

Novamente, o nosso fax é: (19) 254-3839 e E.mail: scut@lexxa.com.br. Participe.

Fernando Cordeiro