

FÍSTULA RETO-VÉSICO-VAGINAL. TRATAMENTO CIRÚRGICO E USO DE CISTOSTOMIA CONTINENTE TRANSTUBARIANA

MANUEL DA SILVA RESENDE, TSBCP
EMERSON JOSÉ MACEDO DE OLIVEIRA, TSBCP
JOSÉ JUVENAL DE ARAÚJO
MURILO BOAVISTA PESSOA MENDES
FÁBIA APARECIDA DE CARVALHO

RESENDE MS, OLIVEIRA EJM, ARAÚJO JJ, MENDES MBP & CARVALHO FA - Fístula reto-vésico-vaginal. Tratamento cirúrgico e uso de cistostomia continente transtubariana. *Rev bras Colo-Proct*, 1991; 11(3): 101-104.

RESUMO: Os autores apresentam um caso de lesão traumática obstétrica, levando à formação de fístula reto-vésico-vaginal com incontinência urinária total por destruição da uretra e esfíncteres. Utilizam a trompa uterina na confecção de uma cistostomia continente baseada no princípio da válvula oscilante de Mitrofanoff, com ótimo resultado.

UNITERMOS: cistostomia continente; fechamento do colo vesical; cateterismo intermitente

Numerosas são as condições que necessitam de uma derivação urinária, desde causas congênitas, traumáticas e tumorais. Geralmente estes procedimentos abrangem as ostomias cutâneas, as derivações gastrointestinais e as bolsas urinárias ou cistostomias continentes e incontinentes. Estas condutas são aplicadas conforme as indicações e limitações de cada caso, como nas lesões congênitas ou traumáticas, mas, principalmente, nas ressecções vesicais por tumores da bexiga ou dos órgãos adjacentes, cuja invasão justifique tal atitude. No presente caso, temos uma lesão traumática, de rara ocorrência médico-hospitalar, levando a uma fístula reto-vésico-vaginal com destruição total da uretra e esfíncteres, mas preservando ainda a bexiga, ureteres e rins, anatomofuncionalmente normais.

Este trabalho tem por objetivo apresentar uma nova opção de cistostomia continente diante de tais lesões, ba-

seada no princípio de Mitrofanoff (7). Porém, ao invés de usarmos o apêndice ou ureter, como propôs Mitrofanoff em 1980, nas bexigas neurogênicas de crianças, utilizamos neste paciente do sexo feminino a trompa uterina.

Relato do caso

MDLA, feminino, 17 anos, solteira, parda, do lar, natural e procedente do Acre. Registro HUB: 343732.

Foi internada no Hospital Universitário de Brasília (HUB-INAMPS) em 28/08/89, com história de que há nove meses teve parto muito difícil, sem recursos médicos, causando a morte do feto, e seguido de eliminação de fezes e urina pela vagina a partir do segundo dia após o parto. Foi submetida em Rio Branco, Acre, sem sucesso, à correção cirúrgica das fístulas reto-vaginal e vésico-vaginal associada à confecção de uma colostomia.

Ao exame físico apresentava uma colostomia não funcionante no hipocôndrio direito, fístula reto-vésico-vaginal com intensa fibrose de vagina e dermatite na região vulvar e raiz das coxas. O sistema esfinteriano anorretal estava preservado, com fístula retal localizada logo acima dos músculos elevadores. A mucosa do reto era normal. A urografia excretora mostrava rins e ureteres normais com bexiga pequena (Fig. 1). A cistoscopia evidenciou orifício fistuloso grande, com meatos ureterais livres e uretra totalmente destruída. Bexiga normal.

Após melhora da infecção urinária realizou-se o fechamento do colo vesical restante, sem necessidade de reimplante ureteral, confeccionada cistostomia supra-púbica, e refez-se a colostomia no hipocôndrio direito (29/10/89). Foram iniciados os exercícios para aumento da capacidade vesical, conseguida conforme cistografia realizada posteriormente (Fig. 2).

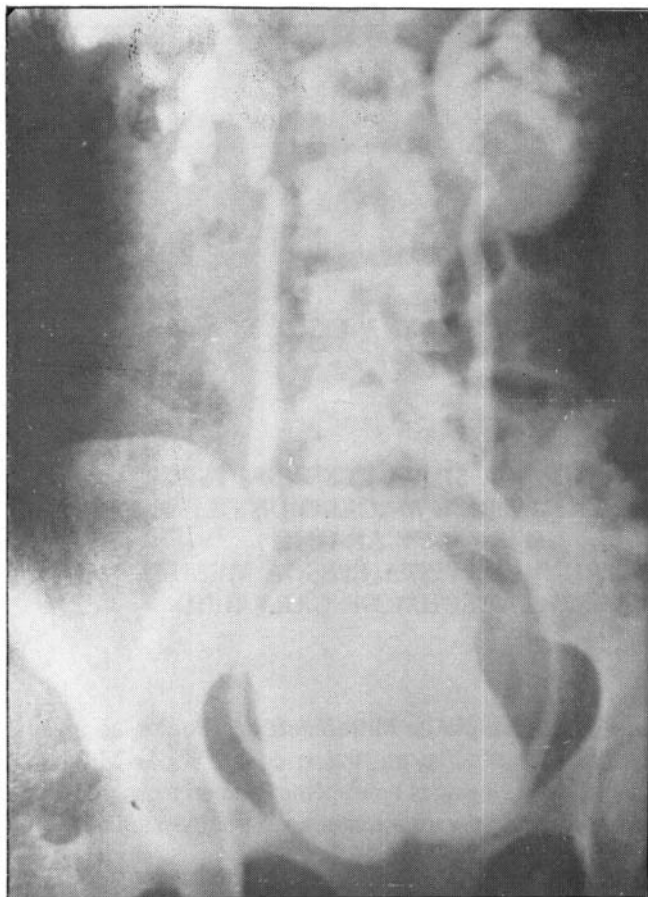


Fig. 1. Urografia excretora. Rins e ureteres normais; bexiga pequena.

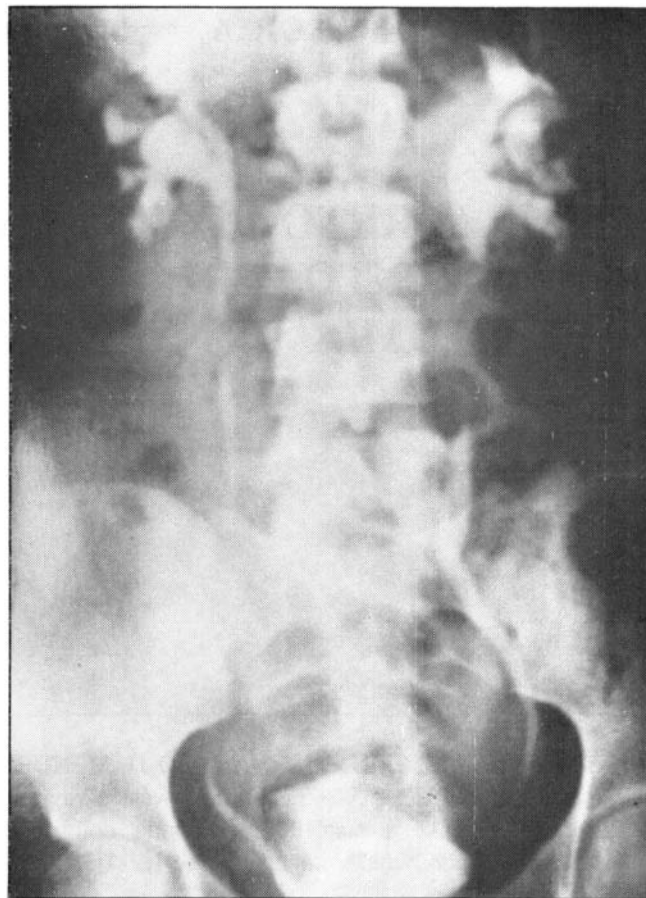


Fig. 2. Cistografia obtida através de sonda de cistostomia. Houve refluxo para os rins e ureteres por excesso de pressão.

A seguir efetuou-se deslizamento da parede anterior do reto para correção da fístula reto-vaginal (20/11/89).

Como terceiro procedimento, fez-se a cistostomia continente transtubariana, fechando-se a colostomia e a cistostomia suprapúbica (11/12/89).

Descrição de técnica

Laparotomia mediana infra-umbilical. Escolhe-se a melhor trompa. Realiza-se a liberação da mesma ao nível do meso, procurando-se manter uma boa vascularização, que é fornecida pela arcada proveniente da artéria tubo-ovariana e ramo da artéria uterina (Figs. 3 e 4). Preparam-se as extremidades para que se possa conseguir uma boa tunelização no espaço submucoso da bexiga (2-3 cm) e a exteriorização na pele ao nível da FID ou FIE conforme a trompa escolhida (Figs. 5 e 6). Realiza-se a cistostomia determinando-se o local apropriado para implantar a extremidade da trompa no túnel submucoso da bexiga. Sutura-se o óstio da trompa na mucosa vesical com categut cromado 000, pontos separados. Podem também ser dados alguns pontos pelo lado externo da bexiga. A outra extremidade é fixada na pele, também com categut cromado 000. Um cateter de polietileno é colocado no interior da trompa até a bexiga, sendo fixado na pele.

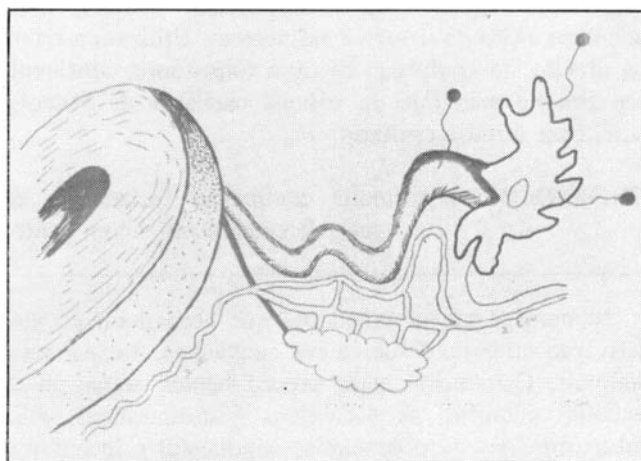


Fig. 3 - Vascularização da trompa.

Fecha-se a bexiga com categut cromado e a parede abdominal, deixando-se um dreno de Penrose no espaço pré-vesical (Figs. 7 e 8). O cateter deverá permanecer, no mínimo, por 15 dias.

A paciente não apresentou complicações no pós-operatório imediato. O cateter foi retirado no 16º dia, com funcionamento perfeito da válvula de Mitrofanoff, sendo necessário realizar quatro autocateterismos, em média,

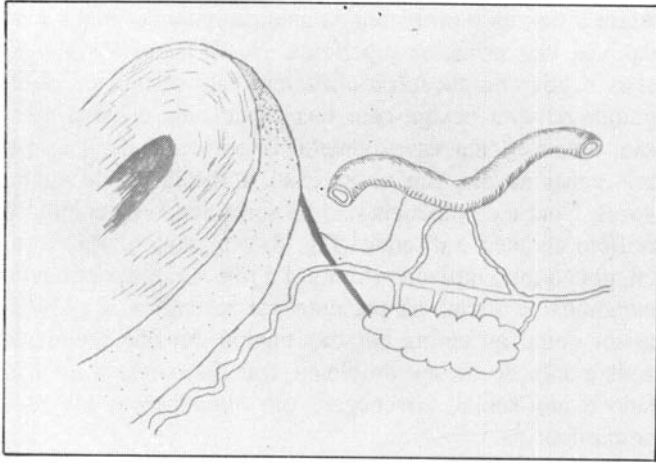


Fig. 4 - Isolamento da trompa com seu meso vascularizado.

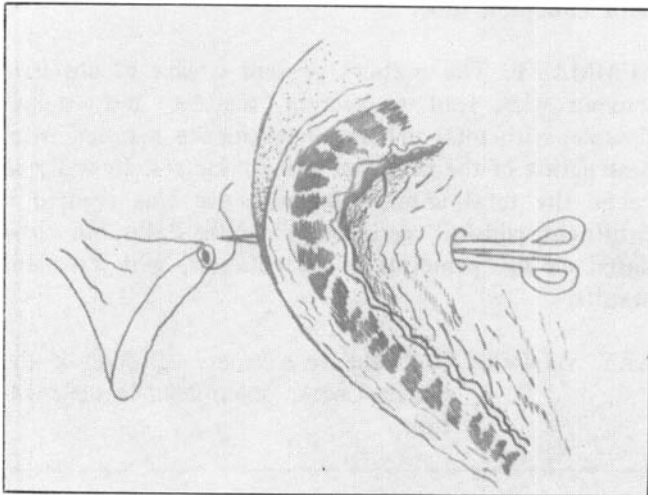


Fig. 5 - Isolamento da trompa e sua tração através do túnel submucoso na bexiga.

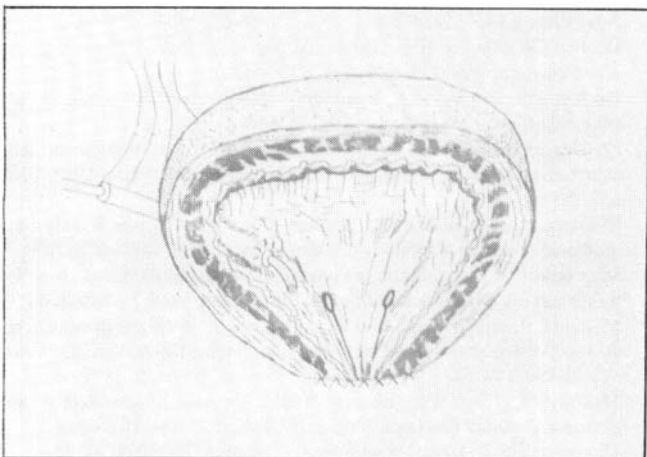


Fig. 6 - Trompa implantada na bexiga através do túnel submucoso, tendo em seu interior o cateter. A outra extremidade será suturada na pele da FIE.

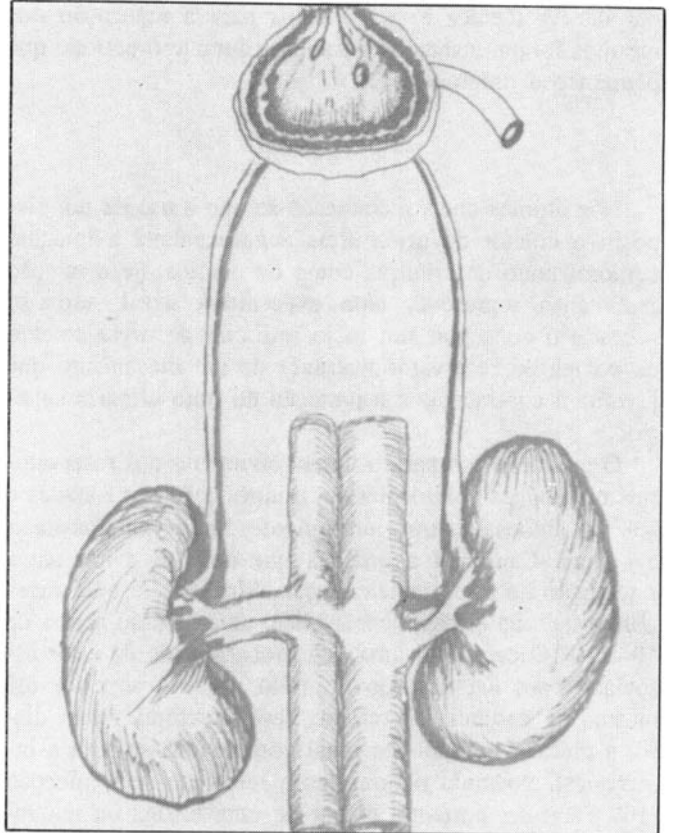


Fig. 7 - Visão final e esquemática da cistostomia continente transtubariana.

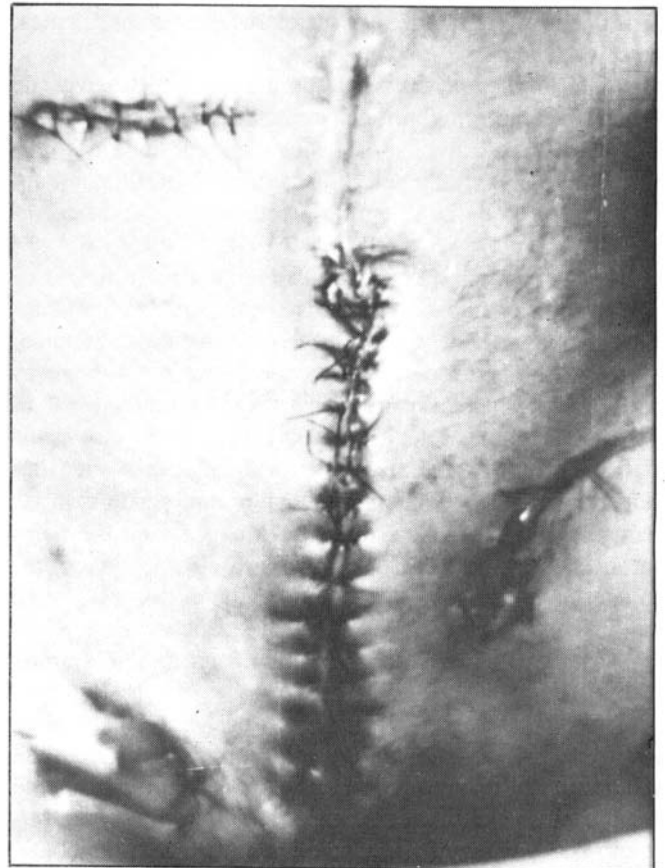


Fig. 8 - Trompa exteriorizada na FIE com cateter em seu interior. Dreno de penrose no espaço pré-vesical.

por dia. A técnica e os cuidados para a realização dos mesmos foram ensinados à paciente durante o período que permaneceu internada.

DISCUSSÃO

Nos últimos anos, reconheceu-se que o uso de um dispositivo coletor de urina afeta negativamente a imagem corporal tanto de crianças como de adultos. Se a micção espontânea representa uma expectativa irreal, torna-se necessário conseguir um meio artificial de esvaziamento da bexiga ou reservatório através de um mecanismo que permita a continência e a proteção do trato urinário superior.

O grande passo para o desenvolvimento dos reservatórios ou bexigas continentes foi a introdução por Lapidès e col.⁵ do autocateterismo intermitente, limpo, para esvaziar a bexiga. Campbell assinalava que deve-se evitar antes a retenção do que a cateterização. McGuire e col.⁶ mostraram que, na bexiga neurogênica, uma pressão acima de 40 cm H₂O comporta uma alta probabilidade de estar associada com deterioração do trato urinário superior até mesmo na ausência de refluxo vesico-ureteral. Além disso, a pressão intrapélvica renal correlaciona-se com a intravesical, podendo ocorrer lesão renal até sem infecção (10). Deve-se, portanto, dispor de uma bexiga ou um reservatório com boa capacidade e baixa pressão. Por outro lado, há necessidade de se usar um mecanismo de continência que permita fazer as cateterizações intermitentes. Entre eles, temos o preconizado por Mitrofanoff (7), cujo princípio implica na utilização de um conduto flexível, de pequeno diâmetro, como canal cateterizável, e que utilize um mecanismo valvular oscilante para que haja a continência, a qual é criada pelo trajeto submucoso do conduto, numa extensão de 2 a 3 cm na parede da bexiga ou do reservatório.

No caso em questão dispomos de uma bexiga funcional e neurologicamente normal, mas com a uretra e esfíncteres destruídos. Podemos utilizá-la, tornando-a continente. Mitrofanoff (7) usou o apêndice ou ureter em crianças portadoras de bexiga neurogênica. Outros autores (3, 4, 8, 9) têm utilizado esta técnica em crianças, com bons resultados, usando o apêndice ou ureter, embora o intestino delgado estreitado também tenha sido empregado com ou sem plastia vesical para aumentar a capacidade de reservatório com baixa pressão. Propomos a utilização da trompa uterina quando o paciente naturalmente for do sexo feminino. Deste modo, não há necessidade de abrir o cólon nem fazer preparo do mesmo e tecnicamente é ainda mais fácil.

A ureterossigmoidostomia como derivação interna era uma opção tentadora. Contudo, é conhecido o risco de aparecimento de carcinoma do cólon, principalmente quando é realizada em pacientes antes dos 25 anos, podendo ser 7.000 vezes maior do que a população geral (1).

Além disso, há o problema da acidose hiperclorêmica e do dano às vias urinárias superiores. Nossa paciente tinha 17 anos e tais complicações afastaram esta conduta. Conseguindo-se uma bexiga com boa capacidade e baixa pressão, obtém-se um esvaziamento intermitente de quatro a seis vezes ao dia. Em nosso caso, a média foi de quatro vezes. Com a continência não há necessidade de coletor, o orifício cutâneo é discreto (Fig. 8) e a cateterização é fácil, pois o tubo utilizado (trompa) é fino. O comportamento emocional e social da paciente em relação a si própria, assim como às outras pessoas, mudou consideravelmente após a solução de seu problema, transformando o ser isolado e anti-social, ao chegar, em uma pessoa alegre e comunicativa.

RESENDE MS, OLIVEIRA EJM, ARAUJO JJ, MENDES MBP & CARVALHO FA - Rectum-vesicovaginal disturbe. Use of the continent urinary division with Fallopian tube.

SUMMARY: The authors present a case of obstetric trauma which lead to rectum, bladder and vaginal fistulae, with total urinary incontinence resulted from destruction of the urethrae and sphincters. In order to range the total urinary incontinence was created a continent conduit vesicostomy with Fallopian tube based on the principle of Mitrofanoff, with excellent results.

KEY WORDS: continent vesicostomy; closure of the bladder neck; intermitent catheterization

REFERÊNCIAS

1. Berg NO, Fredlund P, Manson W et al. Surveillance colonoscopy and biopsy in patients with ureterosigmoidostomy. *Endoscopy* 1987; 19: 60-63.
2. Campbell MF. Urologic complications of anorectal and colon surgery. *Am J Proctol* 1961; 12: 43.
3. Duckett JW, Snyder HM. Use of the Mitrofanoff principle in urinary reconstruction. *World J Urol* 1985; 3: 191-193.
4. Duckett JW, Snyder HM. Continent urinary diversion: variations on Mitrofanoff principle. *J Urol* 1986; 136: 58-62.
5. Lapidès J, Diokno AC, Silber SJ, Lowe BS. Clean, intermitent self catheterization in the treatment of urinary tract disease. *J Urol* 1972; 107: 458-461.
6. McGuire EJ, Woodside JR, Borden TA et al. Prognostic value of urodynamic testing in mielodysplastic patients. *J Urol* 1981; 126: 205.
7. Mitrofanoff P. Cystotomie continente trans-appendiculaire dans le traitement des vessies neurologiques. *Chir Pediatr* 1980; 21: 297-305.
8. Mollard P, Jourda R, Valla JS et al. Colocystoplastie d'agrandissement et de substitution pour vessie neurologique congenital de l'enfant. *Chir Pediatr* 1983; 24: 54.
9. Monfort G, Guys JM, Lacombe GM. Appendico-vesicostomy: an alternative urinary diversion in the child. *Eur Urol* 1984; 10: 361-363.
10. Thompson HS. Pylonephalic backflow. *Danish Med Bull* 1984; 31: 384.