

Fístula Genitourinária

Uma Guia Para Mulheres

1. O que é uma fístula genitourinária?
2. O que causa uma fístula genitourinária?
3. Qual a abordagem nestes casos?
4. Quais são os tratamentos possíveis?

Fístulas genitourinárias são comunicações anormais entre a vagina, uretra, bexiga ou ureter. Esta comunicação anômala ocorre da vagina e/ou útero para a bexiga, uretra ou ureter. Tipicamente associa-se a trauma cirúrgico ou do parto. Uma fístula genitourinária desvia a urina do seu trajeto habitual pelos ureteres (tubos que transportam a urina do rim à bexiga), bexiga e uretra. Dependendo dos locais anatómicos em comunicação, as fístulas tomam o nome de ureterovaginais, ureterouterinas, uretrovaginais, vesicouterinas ou vesicovaginais.

Mulheres com fístulas genitourinárias podem apresentar vários dos seguintes sintomas:

- Drenagem contínua de urina pela vagina após trauma ou lesão.
- Perda contínua ou intermitente de urina que pode ser confundida com incontinência para esforços.
- Corrimento persistente ou com cheiro fétido que precede a perda de urina.
- Vagina com cheiro a urina
- Micção em pequenas quantidades (porque a bexiga nunca enche).
- Infecções urinárias frequentes (que se podem complicar com dor no flanco ou febre, sinais de infecção renal ou infecção do trato urinário ascendente).
- Drenagem de urina para o abdomen causando dor, náuseas, vômitos, falta de apetite, distensão abdominal ou obstrução do trânsito intestinal.

O que causa uma fístula genitourinária?

Algumas fístulas são congênitas, ou seja, a mulher nasce já com uma fístula, mas a maioria são resultado de trauma cirúrgico ou do parto. Nos países em desenvolvimento, 90% destas fístulas são causadas por trauma obstétrico. Nos países desenvolvidos, 75% das fístulas genitourinárias são causadas por cirurgia ginecológica ou outra cirurgia pélvica. Embora possa acontecer mais tarde, geralmente a lesão direta do trato genitourinário no procedimento cirúrgico origina a fístula 7 a 21 dias depois, se houver isquemia, necrose ou infecção que afetem a cicatrização da ferida.

Fatores de risco para o desenvolvimento de uma fístula genitourinária:

- Riscos associados a cirurgia prévia: cesariana, cirurgia em contexto de endometriose ou após irradiação pélvica.

- Riscos obstétricos: trabalhos de parto difíceis, partos instrumentados (fórceps ou ventosa), histerectomia pós-parto (necessidade de retirar o útero).
- Outros fatores: neoplasia maligna, cirurgia gastrointestinal, retenção de objetos estranhos (p.ex. pessários), irradiação pélvica.

Qual a abordagem nestes casos?

Inicia-se com a revisão com o seu médico assistente dos seus antecedentes médicos e cirurgias recentes que poderão fazer suspeitar de uma possível fístula genitourinária.

Deve ser realizada uma avaliação ginecológica/pélvica para tentar identificar para onde ocorre a drenagem anômala de urina, tipicamente na vagina. O exame será focado na visualização da drenagem urinária extrauretral, ou seja, na drenagem que não é feita pela abertura externa da uretra. Poderá ser-lhe dada medicação que altera a cor da urina para se conseguir diferenciar corrimento vaginal de urina e ajudar a localizar a fístula.

Se não for possível desta forma, poderão ser realizados outros exames à bexiga. A bexiga poderá ser preenchida com um corante que complementa o exame vaginal para confirmar se a urina está a ser drenada para aí. O corante é instilado por um catéter na bexiga pelo que a cor da urina que vem do rim para a bexiga não é alterada, não permitindo diagnosticar uma fístula ureterovaginal.

Outro exame que pode ajudar a localizar a fístula é a cistoscopia, que utiliza uma câmara para ver a bexiga e a uretra. Este exame pode ajudar o seu médico a perceber quão próxima dos ureteres a fístula está e qual a melhor abordagem cirúrgica para a sua correção. Outros exames imagiológicos podem ser realizados se houver receio de lesão dos ureteres.

Quais são os tratamentos possíveis?

Nem todas as fístulas precisam de tratamento cirúrgico. Fístulas diagnosticadas nos primeiros 7 dias após lesão e que sejam pequenas podem encerrar após algaliação prolongada. Pode existir necessidade de realizar exames imagiológicos para confirmar o encerramento espontâneo da fístula. Se houver lesão do ureter ou este estiver incluído no trajeto da fístula, deve ser colocado um stent; a sua utilização prolongada permite o encerramento da fístula em alguns casos.

Se esta abordagem conservadora falhar, deve ser realizada correção cirúrgica por um especialista nestes casos. Se a fístula for diagnosticada nas primeiras 24 a 48 horas, a sua reparação deve ser imediata. Frequentemente, a cirurgia é protelada para que algum tempo ocorra desde o traumatismo inicial, permitindo diminuição da inflamação, criando melhores condições cirúrgicas.

A abordagem cirúrgica pode ser por via abdominal, vaginal ou mesmo transvesical, através da bexiga. O tipo de cirurgia depende, entre outras condições, da localização e tamanho da fístula. Por vezes o tecido que envolve a fístula é mal vascularizado podendo ser necessário realizar um enxerto para promover melhor cicatrização. Este enxerto pode ser do músculo ou do tecido adiposo, da própria mulher. Ainda poderão ser utilizados enxertos biológicos, de animal ou cadáver. Em casos complexos, pode ser necessário desviar o percurso habitual da urina, afastando-a da fístula para que esta cicatrize. Isto pode envolver drenagem diretamente do rim através de nefrostomias ou reconstrução de um sistema de drenagem a partir do intestino.

Embora as fístulas genitourinárias não sejam frequentes, o seu tratamento cirúrgico tem taxas de sucesso elevadas – 84-100%. Após a correção cirúrgica, pode manter-se a necessidade de algália prolongada enquanto o trajecto fistuloso cicatriza.