

PROPEDÊUTICA UROLÓGICA COMPLETA NAS FÍSTULAS URO-GINECOLÓGICAS

Geraldo de Campos Freire

Médico Assistente, Doutor da Cl. Urológica do Hospital das Clínicas da F.M.U.S.P.

Nelson Ileo Dias Montelatto

Médico Assistente, Doutor da Cl. Urológica do Hospital das Clínicas da F.M.U.S.P.

Jorge Kawasaki

Médico Residente da Cl. Urológica do Hospital das Clínicas da F.M.U.S.P.

Gilberto Menezes de Goes

Professor Adjunto Responsável pela Clínica Urológica do Hospital das Clínicas da F.M.U.S.P.

INTRODUÇÃO

As primeiras correções cirúrgicas das fístulas uro-ginecológicas com sucesso foram relatadas por Sims⁽¹⁰⁾ em 1852. Desde então, o assunto tem sido objeto de vários estudos, sempre suscitando acirradas controvérsias^(1, 2, 3, 4, 8, 9 e 11).

Uma das grandes dificuldades do planejamento terapêutico sempre foi o conhecimento perfeito do tipo, número e sede das fístulas em cada caso.

Neste trabalho, procuramos sistematizar a propedêutica realizando um exame uro-ginecológico elaborado, sob anestesia, em todas as pacientes.

Nosso objetivo maior é o de divulgar a sistemática adotada e analisar nossos resultados.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudamos 71 pacientes portadores de fístulas uro-ginecológicas internadas na Clínica Urológica do Hospital das Clínicas sob anestesia (raquídea ou peridural).

O exame uro-ginecológico contou dos seguintes tempos:

1 – *Posição da paciente*

Sempre foram colocadas em posição ginecológica praticando-se antisepsia de rotina. Eventualmente, em casos de fístulas véscico-vaginais altas, as pacientes foram colocadas em decúbito ventral com flexão das pernas para baixo o que, por vezes, facilita a inspeção.

2 – *Cistoscopia*

Passagem do aparelho 21 ch. Inspeção da uretra óptica de O, a seguir, com lente de 30^o, passa-se ao exame do colo vesical, dos meatos e da parede vesical interna. Após esta primeira inspeção, procura-se localizar o orifício fistuloso tentando sempre classificá-lo em “abaixo” e “acima” da barra inter-ureteral. É muito importante que se estabeleça eventual relação entre o orifício fistuloso e o meato ureteral e que se verifique o estado da mucosa das bordas da fístula.

3 – *Cromo cistoscopia*

É sempre conveniente injetar-se por via endovenosa um corante (índigo-carmin) de eliminação renal. Este artifício é útil na localização dos meatos em casos de estarem próximos a fístula. Na eventualidade de um dos meatos não ser visível, coloca-se um espéculo vaginal e procura-se o corante no fundo vaginal estabelecendo-se o diagnóstico de fístula uretero-vaginal.

4 – *Cateterismo da fístula*

Uma vez localizado o trajeto fistuloso, tentamos sempre cateterizá-lo com sonda ureteral, comprovando-se sua passagem para a vagina. Inversalmente, tenta-se passar uma sonda ou estilete metálico da vagina para a bexiga, obtendo-se maiores detalhes de sua localização através da cistoscopia.

5 – *Cateterismo ureteral*

Sempre que houver suspeita de fístula uretero-vaginal pratica-se o cateterismo dos meatos ureterais realizando-se a pielografia. Em casos de fístulas uretero-vésico-vaginais, pode-se conseguir o cateterismo do ureter por via vaginal, o que será de grande utilidade. Frequentemente, o ureter apresenta-se estreitado em casos de comunicação entre ele e a vagina⁽⁷⁾; nestes casos recomenda-se realizar a ureteropielografia com sonda de Chevasus.

6 – *Prova do azul de metileno*

Introduz-se na bexiga, através de sonda ureteral de Folley, solução de azul de metileno, procurando-se encher a cavidade vesical. Evita-se a saída do corante ao redor da sonda realizando-se leve tração na mesma.

Na presença de fístula véscico-vaginal, evidencia-se pelo exame especular a existência de comunicação entre bexiga e vagina ou útero, quando o corante flui pelo colo uterino.

Quando a fístula é muito pequena, pode não haver passagem imediata do corante para a vagina, sendo então necessário realizar a compressão supra-púbica para a sua visualização.

7 – *Exame especular*

O espéculo vaginal deve ser colocado com suas valvas voltadas para as paredes laterais da vagina, deixando livre a parede anterior. A iluminação com luz de fibra óptica é fundamental para

o exame detalhada.

Assim, podemos visualizar o orifício fistuloso vaginal, a saída de corante colocado na bexiga, bem como realizar cateterismo da fístula.

8 – *Urografia Excretora*

Sua realização é mandatória e seu valor inestimável, permitindo o conhecimento do estado do trato urinário alto. Seu valor é particularmente importante em casos de cirurgia toco-ginecológica pregressa quando possa existir suspeita de lesão cirúrgica das vias urinárias.

9 – *Cistografia*

Tem sido utilizado rotineiramente possibilitando diagnosticar eventuais fístulas vésico-uterinas ou vésico-intestinais concomitantes. Temos feito sempre chapas miccionais no sentido de verificar o trato baixo e excluir refluxo vésico-ureteral.

10 – *Vaginograma*

Este exame é realizado por meio de sonda de Folley introduzida na vagina, com o seu balão obliterando o óstio vaginal; após injeção de contraste radiopaco, faz-se radiografias com a paciente em decúbito dorsal horizontal e em perfil. Com isso, obtém-se um estudo radiológico da fístula evidenciando a passagem do contraste para a bexiga, ureter e/ou para o trato intestinal.

Em situações especiais, recorreu-se ainda a outros exames, a saber:

– *pielografia por punção*: realizada em casos de exclusão renal com impossibilidade de cateterismo ureteral. Com a paciente em decúbito ventral, localiza-se o rim como se fora para uma biópsia renal. No ponto escolhido, punciona-se com agulha longa até atingir o bacinete, o que será confirmado pela saída de urina pela agulha. Injeta-se a seguir contraste iodado prosseguindo o exame como uma pielografia de rotina.

– *retossigmoidoscopia*: utilizada em casos de fístulas reto-vaginais no sentido de localizá-las melhor. Este exame tem sido realizado por um proctologista sempre que necessário.

RESULTADOS

Após a realização de propedêutica completa em 71 casos de fístulas uro-ginecológicas, condensamos os resultados obtidos nos quadro abaixo:

PROPEDÊUTICA COMPLETA EM FÍSTULAS URO-GINECOLÓGICAS DIAGNÓSTICO PRÉVIO ESTABELECIDO

	N.º CASOS	%
PROPEDÊUTICA CONCORDANTE	38	74,2
PROPEDÊUTICA DISCORDANTE E CONCLUSIVA	13	25,4
TOTAL	51	

DIAGNÓSTICO PRÉVIO DUVIDOSO

PROPEDÊUTICA ESCLARECIDA	20	100
PROPEDÊUTICA INÚTIL	0	0
TOTAL	20	

PROPEDÊUTICA COMPLETA EM FÍSTULAS URO-GINECOLÓGICAS

	N.º CASOS	%
SEM APORTE DE DADOS	38	53,6
CONCLUSIVA	33	46,4
TOTAL	71	100

A observação destes quadros evidencia que em 46,4% dos casos a propedêutica urológica completa foi discordante do diagnóstico clínico prévio realizado em ambulatório e além disso, foram dados conclusivos determinando o planejamento terapêutico definitivo.

COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

A propedêutica clássica das fístulas uro-ginecológicas (5, 6, 7 e 9) a nosso ver sempre deixava a desejar, uma vez que era realizada em ambulatório, sem qualquer anestesia.

Ao iniciarmos nossa série de casos, hesitamos um pouco em submeter as pacientes a um ato operatório, inclusive com anestesia, antes de elaborar o planejamento cirúrgico definitivo. Entretanto, logo nos primeiros casos, o volume e a quantidade de informações obtidas animou-os a prosseguir com o método.

Hoje, após o estudo de 71 casos, estamos convencidos de que a propedêutica uro-ginecológica completa em pacientes portadoras de fístulas uro-genitais apresenta as seguintes vantagens:

1. Propicia um exame detalhado das características da fístula.
2. Permite a localização exata da fístula em relação aos sistemas urinário, genital e digestivo.
3. Auxilia muito na elaboração do plano cirúrgico definitivo.

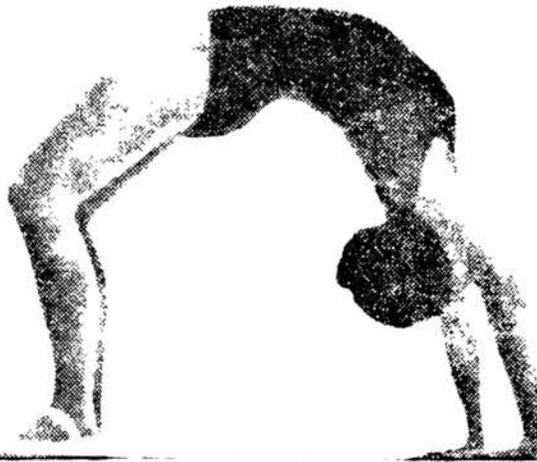
RESUMO

Os autores apresentam o resultado da experiência adquirida com a realização de 71 exames uro-ginecológicos em pacientes portadoras de fístulas entre os dois sistemas. Comenta-se o valor das antigas provas do "azul de metileno" diante das vantagens da inspeção vesical e vaginal com o auxílio da luz de fibra óptica. Os autores propõem uma metodologia orientada especificamente no sentido de facilitar a indicação da cirurgia corretiva destas fístulas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ARCAS, R. S. - El tratamiento de las fistulas vésico-vaginales. Edit. Páz - Montalvo, Madrid, 1968.
- 2 - AZEVEDO, J. R. F. - Aspectos do tratamento cirúrgico das fístulas vésico-vaginais. Tese, Fac. Med. U.S.P. - São Paulo, 1970.
- 3 - COLLIS, M. H. (1861): Dubin Quart, J. Med. Sci., 31, 302.
- 4 - FALK, H. C. - Urologic injuries in gynecology. Blackwell Scient. Publ., Oxford, 1964.
- 5 - MAHFOUZ, N. - Urinary fistulae in women. J. Obst. Gyn. Brit. Emp. 64: 23, 1957.
- 6 - MOIR, J. C. - The vesico vaginal fistula. Baillière Tindall and Cox London - 1961.
- 7 - PHANEUF L. E. E GRAVES, R. C. - Vesico vaginal fistula and its Management. Surg. Gyn. Obst. 88: 155, 1949.
- 8 - RUDGE, W. S. - Contribuição para o tratamento das fístulas uro-genitais pela plástica do desdobraimento. Tese, Fac. Med. U.S.P., São Paulo, 1941.
- 9 - RUSSEL, C. S. - Urinary fistulae and their management. J. Obst. Gyne. Brit. Emp. 63: 481, 1956.
- 10 - SIMS, J. M. (1852): Amer. J. Med. Sci., 23, 59.
- 11 - YOUSSEF A. F. Gynecological Urology, Charles Thomas, Springfield, I 11 - 1960.

O novo anti-reumático da Geigy
dotado de um efeito analgésico superior



VOLTAREN

estabelece uma ponte entre
a eficácia e a tolerabilidade

GEIGY