

Fístula retovaginal: relato de caso clínico

Rectovaginal fistula: clinical case report

Gabriel de Queiroz Soares

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
queirozgg@gmail.com

Eliane Camargo de Jesus

eliane.araujo@foa.org.br

Ian Victor Lacerda da Silva

ianvictorlacerda@gmail.com

Leonardo Faria Sarmento

leofsarmento@gmail.com

RESUMO

As fístulas retovaginais são comunicações anormais entre o reto e a vagina. Os fatores predisponentes consistem em trauma (principalmente resultantes de cirurgias obstétricas), doença inflamatória intestinal, tumor e história prévia de irradiação em pélvica. Múltiplos procedimentos cirúrgicos são descritos para diminuir o tratamento e taxa de sucesso a cada tentativa de reparo adicional. A presença de inflamação, inflamação e tecido cicatricial local torna a escolha do reparo diagnóstico no tratamento das fístulas retovaginais e está relacionado à falha de procedimentos cirúrgicos subsequentes. A correção através da interposição de tecidos autólogos parece mais promissórias por melhores condições de tecidos vascularizados e melhores correções para a cicatrização local e do defeito. O manejo das fístulas retovaginais continua a ser um desafio. Independentemente das opções combinadas, a taxa de falha e a taxa de repetição são elevadas.

ABSTRACT

Rectovaginal fistulas are abnormal communications between the rectum and vagina. The predisposing factors are trauma (mainly resulting from obstetric surgery), inflammatory bowel disease, tumor, and a previous history of pelvic irradiation. Multiple surgical procedures are described to decrease treatment and success rate with each additional repair attempt. The presence of inflammation, inflammation and local scar tissue makes diagnostic repair the choice in the treatment of rectovaginal fistulas and is related to the failure of subsequent surgical procedures. The correction through the interposition of autologous tissues seems more promising for better conditions of vascularized tissues and better corrections for the local and defect healing. The management of rectovaginal fistulas remains a challenge. Regardless of the combined options, the failure rate and repetition rate are high.

1 CONTEXTO

Este trabalho está sob o escopo do “Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda - PET-UniFOA”, registrado no CAAE sob o número 30457714.1.0000.5237.

As fístulas retovaginais correspondem a menos de 5% dos casos de fístulas anorretais e comunicam o canal anal/reto com a vagina, sendo consideradas uma doença desafiadora para as mulheres devido aos estigmas sociais e sofrimento sexual, prejudicando a qualidade de vida. A taxa de sucesso após a reparação da fístula retovaginal é elevada, variando entre 90-95%, apesar de pacientes com fístulas recorrentes ou com história de irradiação terem um prognóstico mais pobre. Existem vários procedimentos cirúrgicos que são bem tolerados e produzem impacto mínimo na qualidade de vida (TUMA *et al.*, 2022).

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente, sexo feminino, 56 anos foi admitida no Hospital São João Batista, em 11 de setembro de 2022, queixando-se de dor abdominal e de eliminação de conteúdo fecal pela vagina há 1 dia. Relata história prévia de hemorroida há mais de 1 ano, em que refere estar em acompanhamento do quadro. Nega comorbidades. Nega uso de medicações. Com exceção do relatado, não possui outras queixas urinárias. Relatou alergia a tramadol. Ao exame físico, paciente em bom estado geral, lúcida, orientada, corada, hidratada, eupneica, anictérica, acianótica. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdome flácido, peristáltico, indolor à palpação e timpânico. Membros inferiores sem alterações. Toque retal sem evidências de massas palpáveis. A fístula não conseguiu ser avaliada pelo toque retal.

3 DADOS COMPLEMENTARES

Exame laboratorial (11/09/2022): Hemácias $3,43 \times 10^6$ / ul. Hemoglobina 7,2 g/dl. Hematócrito 23,9%. VCM: 69,7 fL. HCM: 21,0 pg, CHCM: 30,1 g/dl. RDW: 21,9%. (acentuada anisocitose, acentuada microcitose, acentuada hipocromia). Leucograma 13000 uL (neutrófilos 72,7%, eosinófilos 1,1%, basófilos 0,1%, linfócitos 18,1%, monócitos 8%). Plaquetas 719.000/uL. Volume plaquetário médio: 7,9 fL. Ureia 18 md/dL. Creatinina 0,50. Sódio: 136 mmol/L. Potássio: 4,2 mmol/L. TGO 16 U/L. TGP 14 U/L. Bilirrubina total 0,50 mg/dl; bilirrubina direta 0,30 mg/dl; bilirrubina indireta 0,20 mg/dl. Amilase: 57 U/L. Lipase 86 U/L. Tempo de protrombina ativada 14,2 segundos. Atividade protrombínica: 91,0%. INR 1,06; Tempo de Tromboplastina parcial ativada: 34,6 segundos. Relação (paciente /normal): 1,03. Proteínas totais 8,0 g/dL. Albumina 3,50 g/Dl. Globulina 4,5 g/dL. Relação Albumina / Globulina 0,78

Tomografia computadorizada do abdome total (11/09/2022): Trajeto fistuloso reto-vaginal às 12 horas, com envolvimento gasoso do conduto vaginal. Paciente se beneficiaria de contraste endorretal para melhor caracterização do trajeto. Associa-se discreto borramento da gordura mesentérica adjacente, configurando processo inflamatório.

Ressonância magnética do abdome superior e pelve (15/9): Lesão expansiva com características significativamente infiltrantes com comprometimento segmentar do reto, a margem mais inferior distando cerca de 6,0cm da borda anocutânea e por uma extensão longitudinal de no mínimo 9,7cm. A lesão é circunferencial assimétrica, existem ulcerações luminiais várias, e este segmento está distendido por conteúdo fecal desidratado e moteado. A lesão é mais infiltrante em relação à parede anterior no plano acima da reflexão peritoneal posterior, estendendo-se além da camada muscular própria, rompendo a camada serosa externa e infiltrando de forma maciça o miométrio uterino posterior desde o plano fúndico até o retrocervical, notando-se infiltração maciça também da parede vaginal. A área de infiltração neoplásica

uterina compromete uma extensão de 6,6cm. Associado existe um trajeto fistuloso orientado entre a parede anterior do tumor no plano do reto inferior e alcançando a luz posterior da vagina superior, caracterizando uma fístula retovaginal. Há também infiltração neoplásica maciça do septo retovaginal bem como do mesorreto anterior, posterior e lateralmente. Linfonodos secundários mesorretais e junto aos vasos pararretais superiores. Bexiga em repleção parcial e de conteúdo líquido homogêneo.

Ileocolonosopia (21/9): Tumor de reto baixo, de limites imprecisos e superfície irregulares. Infiltrante. Ulcerado. Friável e sangramento ao toque. Fístula reto vaginal - realizada biópsia. Conclusão: Tumor reto baixo - fístula retovaginal. Realizado biópsia. Biópsia: tumor de reto

4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

As pacientes com fístula retovaginal apresentam secreção de material fecal desde a vagina. A doença de Crohn, a hemorroida ulcerada e a malignidade anorretal inferior devem ser incluídas no diagnóstico diferencial. Dado que a maioria das fístulas retovaginais resulta de trauma obstétrico, as fístulas obstétricas devem ser avaliadas. Essas fístulas podem apresentarem-se imediatamente, ou, com mais frequência, manifestarem-se semanas após o parto, normalmente após lacerações de terceiro ou quarto grau. No hemisfério ocidental, a incidência tem sido estimada em até 0,1% de todos os partos vaginais. Outras etiologias incluem doença inflamatória intestinal (primariamente a doença de Crohn), trauma pós-operatório, radiação, malignidade e infecção.

5 RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

Durante a conduta inicial em 11/09, foram solicitados TC de abdome e pelve, exames laboratoriais, analgesia e início de antibioticoterapia terapêutica com Amicacina e Metronidazol. Em 13/11, foi indicada dieta branda, prescrição de suporte, foram solicitados exames pré-operatórios e agendou-se ressonância de abdome e pelve. Em 20/9, a paciente foi submetida à retossigmoidoscopia com análise histopatológica e foi programada colostomia. Em 23/9, a paciente submetida a confecção de colostomia em alça em sigmoide, sem intercorrências. Foi realizada biópsia de tumoração em reto enviada para análise histopatológica. Foi realizada uma colostomia em alça de sigmoide e biópsia de tumoração retal. Descrição cirúrgica: paciente em decúbito lateral direito, assepsia e antisepsia, passagem de anuscópio, visualizado tumoração de bordos irregulares e endurecidos em reto, colhido vários fragmentos de tumoração para biópsia, paciente em decúbito dorsal, assepsia + antisepsia, incisão transversal em quadrante inferior e esquerdo + dois dedos laterais ao reto abdominal, diérese por planos até cavidade abdominal, identificado colón sigmoide + dissecação de meso em área da tênia + incisão transversa sobre a tênia, maturação de colostomia com fio catgut cromado 3.0, revisão da hemostasia, colocação de bolsa de Karaia. Colostomia: funcionante, com saída de fezes. Conduta em 23/9: dieta oral líquida completa a partir das 16h e o antibiótico foi mantido. Conduta em 24/9: Dieta oral, líquida completa. O antibiótico foi mantido. Paciente teve alta em 26/9.

6 DISCUSSÃO

O manejo de fístulas retovaginais depende principalmente de sua complexidade, conforme determinado pela localização, etiologia e qualidade dos tecidos circundantes. As fístulas simples costumam ser de diâmetro pequeno, distais no septo retovaginal e secundárias a lesão traumática ou infecção. Por outro lado, as fístulas complexas têm diâmetro maior, são mais proximais no septo retovaginal e estão associadas com doença inflamatória intestinal subjacente, radiação, neoplasia ou reparos prévios insufi-

cientes. Há várias abordagens cirúrgicas bem descritas que podem geralmente ser divididas em reparos transanais, transvaginais, transperineais e transabdominais (DOHERTY,2017).

Os reparos transanais comuns incluem a excisão da fístula com fechamento em camadas, o avanço de retalho endorretal e o abaixamento retal. O retalho de avanço de mucosa é adequado para fístulas baixas simples. Durante esse procedimento, um retalho composto por mucosa, submucosa e uma porção do músculo esfíncter interno é mobilizado proximalmente e usado para cobrir o defeito da fístula. A base do retalho deve ser maior que seu ápice para permitir a adequada perfusão do retalho. O músculo é reaproximado na linha média, ocluindo a fístula. Depois, o retalho é avançado para dentro do canal anal e fixado com pontos absorvíveis. A taxa de sucesso varia na literatura entre 50 e 100% (LOHSIRIWAT; JITMUNGNGAN, 2021).

O abaixamento retal é uma abordagem razoável para fístulas retovaginais com estenose e ulcerações anais extensas por doença de Crohn. Iniciando na linha denteada, é feita uma incisão circunferencial, que se estende no sentido cefálico. A dissecação torna-se de espessura completa acima do anel anorretal e é estendida até que o reto distal seja adequadamente mobilizado. O reto é, então, puxado para baixo por meio do canal anal, sendo feita a transecção do reto acometido. A abertura da fístula na vagina é fechada, e o reto é suturado à linha denteada. Este reparo costuma ser feito com uma ostomia de derivação protetora. A perineoproctectomia é uma técnica perineal que, essencialmente, converte uma FRV em uma laceração de quarto grau. A mucosa vaginal, esfíncteres e o reto são divididos entre as aberturas da fístula e reaproximados em camadas, terminando por obliterar o trato da fístula (TUMA *et al.*, 2022).

As interposições de tecidos também costumam ser realizadas por abordagem perineal e incluem retalho de músculo grácil e retalho de Martius (músculo bulbocavernoso). O conceito fundamental nesses procedimentos é que se coloca tecido normal, saudável, entre as aberturas da fístula, após a dissecação do plano entre o reto e a vagina. O fechamento bem-sucedido com esses procedimentos foi relatado em até 80% dos casos, sendo um reparo ideal para FRV que não tenha cicatrizado com reparos prévios ou com tecidos circundantes anormais. (WASILEWSKI *et al.*, 2020)

As fístulas retovaginais mais altas no septo retovaginal costumam ser abordadas por via abdominal. Há diversos procedimentos potenciais, variando de simples divisão e fechamento da fístula com interposição de omento pediculado até a proctectomia com anastomose colorretal ou coloanal. A escolha do procedimento depende da qualidade dos tecidos circundantes, da localização e da etiologia da fístula (LUSSIEZ *et al.*, 2021).

Por fim, a última década testemunhou o crescente uso de biopróteses em forma de plugues e luvas no tratamento das FRVs. Pequenas séries de casos mostraram resultados promissores, mas ainda há uma escassez de dados de longo prazo (TUMA *et al.*, 2022).

7 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

1. Qual das alternativas abaixo não corresponde uma causa de fístula retovaginal?
 - a) Traumatismo obstétrico
 - a) Doença inflamatória intestinal
 - a) Infecções perianais
 - a) Neoplasia
 - a) Hemorroida

Gabarito: letra E A maioria das fistulas retovaginais são provocadas pela lesão do parto. O traumatismo relacionado com os partos vaginais instrumentados (forcéps e ventosas) bem como as lacerações perineais de 3º e 4º grau aumentam o risco de desenvolvimento de fistulas retovaginais. As fistulas retovaginais podem também desenvolver-se após irradiação da pélvis ou em mulheres com doença inflamatória do intestino, além de tumores e infecções perianais. A hemorroida não seria uma causa para uma fístula retovaginal.

2. Qual dos exames abaixo está incluído na avaliação de uma fístula retovaginal?

- a) Manometria anal
- a) Coloscópio
- a) Endoscopia digestiva alta
- a) Ultrassonografia de fígado e vias biliares
- a) Raio X de tórax

Gabarito: letra A As fistulas retovaginais podem frequentemente envolver a lesão dos músculos do esfíncter anal externo e interno. Na avaliação desses músculos, está a manometria anal, que avalia a tonicidade e contractilidade destes músculos e pode pesquisar a fraqueza.

3. Explique a abordagem cirúrgica das fistulas retovaginais

A abordagem cirúrgica das fistulas retovaginais pode envolver quer uma reparação transvaginal quer uma reparação transanal. Se a fistula for grande pode ser considerada uma colostomia transitória para permitir a cicatrização dos tecidos seguindo-se a reparação e depois o encerramento da colostomia uma vez a fistula cicatrizada. Independentemente da abordagem, deve ser excisado todo o trajeto fistuloso de forma a permitir que o tecido normal com boa irrigação sanguínea cicatrize. Algumas vezes o tecido perto do trajeto fistuloso tem uma irrigação sanguínea fraca e pode necessitar de um enxerto para ajudar a promover a cicatrização perto do trajeto fistuloso. Os enxertos ou retalhos podem incluir o próprio tecido adiposo ou músculo da mulher que é colocado sobre o trajeto fistuloso reparado. Também podem ser utilizados outros enxertos biológicos retirados de tecido animal ou cadáveres humanos. A reparação pode também envolver a reconstrução dos músculos do esfíncter anal interno e externo.

REFERÊNCIAS

TUMA, Faiz; MCKEOWN, David G.; AL-WAHAB, Zaid. Rectovaginal Fistula. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2022. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535350/>>. Acesso em: 19 out. 2022.

Doherty, Gerard M. CURRENT Cirurgia. Disponível em: Minha Biblioteca, (14th edição). Grupo A, 2017)

LOHSIRIWAT, Varut; JITMUNGNGAN, Romyen. Rectovaginal fistula after low anterior resection: Prevention and management. World Journal of Gastrointestinal Surgery, v. 13, n. 8, p. 764–771, 2021.

LUSSIEZ, Alisha; NARDOS, Rahel; LOWRY, Ann. Rectovaginal Fistula Management in Low-Resource Settings. Clinics in Colon and Rectal Surgery, v. 35, n. 5, p. 390–395, 2022.

WASILEWSKI, N. V.; CAYCEDO-MARULANDA, A. TAMIS repair of rectovaginal fistula. Techniques in Coloproctology, v. 24, n. 7, p. 765–766, 2020.