

Dashboard Médico

Correção de Fístula Vesico-Vaginal por Via Laparoscópica

DURAÇÃO

90-180
min

TIPO DE ANESTESIA

Geral

INTERNAÇÃO

24-48h

TAXA DE SUCESSO

90-98%

☒ Indicações para Via Laparoscópica

Fístulas supratrigonais de localização alta

Fístulas próximas aos ureteres

Fístulas complexas ou recidivadas

Fístulas múltiplas

Acesso vaginal limitado ou comprometido

Necessidade de reimplante ureteral

Fístulas associadas a outras patologias abdominais

Preferência por técnica minimamente invasiva



Vantagens da Via Laparoscópica

Visualização magnificada e melhor iluminação

Acesso facilitado a fístulas altas e posteriores

Menor trauma cirúrgico e dor pós-operatória

Recuperação mais rápida que a via aberta

Possibilidade de mobilização vesical extensa

Facilita reimplante ureteral quando necessário

Menor risco de aderências pós-operatórias

Melhor resultado estético



Laparoscopia vs Via Vaginal

Taxa de Sucesso

Laparoscópica: 90-98% vs Vaginal: 85-95%.
Melhor para fístulas complexas.

Tempo Cirúrgico

Laparoscópica: 90-180 min vs Vaginal: 60-120 min. Maior para mobilização extensa.

Recuperação

Laparoscópica permite mobilização mais precoce e menor dor pós-operatória.

Curva de Aprendizado

Laparoscópica requer maior expertise, mas oferece melhor ergonomia.

Indicações

Laparoscópica ideal para fístulas altas, complexas ou próximas aos ureteres.

Reimplante Ureteral

Laparoscópica facilita reimplante quando fístula está próxima ao ureter.

Como é Realizada a Cirurgia

1. Preparação e Posicionamento:

Anestesia geral, posição de Trendelenburg, sondagem vesical com cistoscopia diagnóstica, estabelecimento do pneumoperitônio e inserção de trocárteres.

2. Inspeção Laparoscópica:

Inspeção da cavidade pélvica, identificação da fístula, avaliação de aderências e anatomia. Teste com azul de metileno intravesical.

3. Dissecção e Mobilização:

Dissecção cuidadosa do espaço vesicovaginal, identificação dos ureteres com cateterização prévia, mobilização extensa da bexiga.

4. Identificação da Fístula:

Localização precisa do trajeto fistuloso, avaliação da extensão e proximidade com estruturas importantes como ureteres.

5. Excisão e Fechamento:

Excisão do trajeto fistuloso, fechamento vesical em duas camadas com suturas absorvíveis, primeira camada mucosa, segunda seromuscular.

6. Fechamento Vaginal:

Fechamento da vagina por via laparoscópica ou colaboração com acesso vaginal simultâneo, sem sobreposição das linhas de sutura.

7. Interposição e Finalização:

Interposição de omento ou peritônio entre as suturas vesical e vaginal, teste de estanqueidade, drenagem se necessária e síntese das incisões.

Timeline da Cirurgia

Preparação

Anestesia, posicionamento e pneumoperitônio

0h

Acesso Laparoscópico

Inserção de trocárteres e inspeção

20min

Identificação

Localização da fístula e teste diagnóstico

40min

Dissecção

Mobilização vesical e dissecção do espaço

60min

Correção

Excisão da fístula e fechamento em camadas

120-150min

Interposição

Reforço com omento e teste final

160min

Finalização

Retirada de trocárteres e síntese

180min

Taxa de Sucesso e Resultados

Sucesso na Primeira Cirurgia

95%

Cura Definitiva

98%

Preservação da Função Vesical

92%

Melhora da Qualidade de Vida

97%

Preservação da Função Sexual

88%

Satisfação da Paciente

94%

Resultados Superiores: A via laparoscópica oferece taxas de sucesso superiores, especialmente para fístulas complexas, supratrigonais ou recidivadas, com menor morbidade pós-operatória comparada à via aberta.

Cuidados Pós-Operatórios



Sondagem Vesical

Sonda vesical de demora por 14-21 dias. Drenagem contínua e



Mobilização Precoce

Deambulação precoce em 6-12h. Exercícios respiratórios. Recuperação



Medicações

Analgésicos, antibióticos profiláticos, anticolinérgicos para espasmos. Anti-

desobstrução. Cistografia antes da retirada

mais rápida que via aberta

eméticos pós-laparoscopia



Alta Precoce

Possibilidade de alta em 24-48h vs 3-5 dias da via aberta. Menor dor e trauma cirúrgico



Restrições

Repouso pélvico por 6-8 semanas. Evitar esforços e atividades que aumentem pressão intra-abdominal



Seguimento

Retorno em 1 semana, cistografia em 2-3 semanas, reavaliação em 3 e 6 meses com estudos funcionais

⚠ Sinais de Alerta

Procure atendimento médico imediato se apresentar:

Febre persistente acima de 38°C

Perda urinária vaginal (recidiva)

Dor abdominal intensa que piora

Distensão abdominal progressiva

Sangramento das incisões ou vaginal

Náuseas e vômitos persistentes

Sinais de infecção das incisões

Retenção urinária após retirada da sonda

Técnicas e Recursos Laparoscópicos

Laparoscopia Convencional

Técnica padrão com 4-5 trocárteres, visualização 2D