

Dashboard Médico

Correção de Fístula Vesico-Vaginal por Via Vaginal

DURAÇÃO

**60-120
min**

TIPO DE ANESTESIA

Raqui/Geral

INTERNAÇÃO

24-72h

TAXA DE SUCESSO

85-95%



Principais Etiologias

Trauma obstétrico (parto prolongado/distócico)

Histerectomia complicada

Cirurgia ginecológica (miomectomia, cesariana)

Radioterapia pélvica

Neoplasias pélvicas avançadas

Infecções pélvicas graves

Trauma pélvico fechado/penetrante

Corpos estranhos intravaginais



Classificação das Fístulas

Por Localização

- Trigonal: próxima ao trígono vesical
- Supratrigonal: acima do trígono
- Uretrovaginal: envolvendo a uretra

Por Tamanho

- Pequenas: < 0,5cm
- Médias: 0,5-2,5cm
- Grandes: > 2,5cm
- Complexas: múltiplas ou extensas

Por Tempo

- Agudas: < 3 meses
- Crônicas: > 3 meses
- Maturas: > 6 meses (ideais para correção)

Por Complexidade

- Simples: única, sem aderências
- Complexas: múltiplas, recidivadas, irradiadas, com aderências



Fatores de Sucesso Cirúrgico

Timing adequado (aguardar maturação ≥ 3-6 meses)

Ausência de infecção e inflamação local

Boa vascularização dos tecidos

Mobilização adequada da bexiga

Fechamento sem tensão em múltiplas camadas

Uso de tecido de interposição quando indicado

Drenagem vesical prolongada e adequada

Experiência do cirurgião

Como é Realizada a Cirurgia

1. Preparação e Posicionamento:

Anestesia raquidiana ou geral, posição ginecológica, sondagem vesical com cistoscopia diagnóstica, identificação precisa da fístula.

2. Exposição e Dissecção:

Exposição vaginal com afastadores, infiltração com vasoconstrictor, dissecção cuidadosa dos planos vesicovaginais ao redor da fístula.

3. Mobilização Vesical:

Mobilização extensa da bexiga para permitir fechamento sem tensão, dissecção dos espaços paravesticais lateralmente.

4. Fechamento Vesical:

Fechamento da bexiga em duas camadas com suturas absorvíveis, primeira camada mucosa a mucosa, segunda camada seromuscular.

5. Interposição de Tecido:

Interposição de retalho (Martius, graxa perivesical, peritônio) entre as linhas de sutura vesical e vaginal para reforço.

6. Fechamento Vaginal:

Fechamento da vagina sem tensão, em camada única ou dupla, com suturas absorvíveis. Teste de estanqueidade intraoperatório.

7. Finalização:

Colocação de sonda vesical de demora (Foley), tampão vaginal se necessário, curativo e orientações pós-operatórias.

Timeline da Cirurgia

Preparação

Anestesia, posicionamento e cistoscopia

0h

Exposição

Exposição vaginal e identificação da fístula

15min

Dissecção

Dissecção dos planos vesicovaginais

30min

Mobilização

Mobilização vesical extensa

45min

Correção

Fechamento vesical em múltiplas camadas

60-90min

Interposição

Retalho de interposição e fechamento vaginal

100min

Finalização

Sondagem e teste de estanqueidade

120min

Taxa de Sucesso e Resultados

Sucesso na Primeira Cirurgia

90%



Cura Definitiva (Múltiplas Cirurgias)

95%

Melhora da Qualidade de Vida

96%

Preservação da Função Sexual

82%

Satisfação da Paciente

92%

Função Vesical Normal

85%

Prognóstico: O sucesso da correção está diretamente relacionado ao timing adequado, ausência de infecção, boa vascularização local e experiência do cirurgião. Fístulas pequenas e simples têm melhor prognóstico que as complexas.

Cuidados Pós-Operatórios



Sondagem Vesical

Sonda vesical de demora por 14-21 dias. Manter drenagem contínua e desobstrução. Cistografia antes da retirada

Medicações

Antibióticos profiláticos, analgésicos, anticolinérgicos para reduzir espasmos vesicais. Estrogênio tópico se indicado

Restrições

Repouso pélvico por 6-8 semanas. Evitar esforço físico, relações sexuais e atividades que aumentem pressão abdominal



Higiene

Higiene perineal cuidadosa, ducha vaginal suave se prescrita. Manter região seca e arejada



Hidratação

Manter boa hidratação para diluir a urina e reduzir irritação. Evitar constipação com dieta rica em fibras



Seguimento

Retorno em 1 semana, cistografia em 2-3 semanas, avaliação em 3 e 6 meses. Acompanhamento urológico longo prazo

⚠ Sinais de Alerta

Procure atendimento médico imediato se apresentar:

Febre persistente acima de 38°C

Perda urinária vaginal (recidiva da fístula)

Dor pélvica intensa que piora

Sangramento vaginal abundante

Sinais de infecção urinária grave

Obstrução ou saída acidental da sonda

Retenção urinária após retirada da sonda

Secreção vaginal purulenta com odor

Técnicas e Retalhos de Interposição

Retalho de Martius

Retalho de gordura e músculo bulbocavernoso. Excelente vascularização, ideal para fístulas recidivadas ou irradiadas. Baixa morbidade.