

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE CLINICA CIRURGICA
SERVICO DE COLO-PROCTOLOGIA

C/144

FISTULAS RETOVAGINAIS

*Andre Paulo Nemetz**
*Horst Herweg**

Doutorandos da 12a. Fase

Florianopolis, nov/90

AGRADECIMENTOS:

*Ao nosso orientador científico, Professor
Dr. Armando Jose d'Acampora, e ao Professor Dr. Felipe
Felicio pelo apoio e incentivo.*

INDICE

RESUMO -----	02
INTRODUCAO -----	03
MATERIAL E METODOS -----	05
RESULTADOS -----	06
DISCUSSAO -----	10
CONCLUSOES -----	15
ABSTRACT -----	16
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS -----	17
ANEXO -----	20

RESUMO

Os autores fazem uma análise retrospectiva de 19 pacientes do sexo feminino, portadores de fistula retovaginal . A faixa etaria atingida, foi predominantemente entre a terceira e quinta decada de vida. A multiplicidade de causas para a patologia, assim como as manifestacoes clinicas apresentadas, levaram ao tratamento eminentemente cirurgico, cuja evolucao e resultados , foram de excelente perfomance.

INTRODUCAO

Entende-se por fistula uma comunicacao entre 2 superficies epiteliais (5).

Assim sendo, as fistulas reto-vaginais sao uma comunicacao anormal entre o reto e a vagina.

Elas constituem aproximadamente 5% das fistulas ano retais(19) e surgem por diversas causas, ^{seco do que} as mais comuns sao as consequentes a traumatismos obstetricos, por uso de forceps, após intervenções cirurgicas no reto e orgãos genitais (1,12,13); podem aparecer como consequência a uma infiltração tumoral ou a irradiacao da mesma (2,7,10,15).

Entre as outras formas de aparecimento estão os processos inflamatórios (criptites e abscessos ano retais) que neste caso drenam para a cavidade vaginal (5).

Raramente podem ter aparecimento congenito, serem causadas por ferimentos pélvicos por armas de fogo ou então na Retocolite Ulcerativa Inespecifica e Doença de Crohn (3,8,17,20).

As formas de aparecimento se dão frequentemente como uma eliminacao espontanea de gases, fezes ou secrecao purulenta pela vagina e ou região perivulvar.

Pequenas fistulas podem ser assintomaticas (7).

As fistulas quando se apresentam baixas podem ser visualizadas pelo exame especular direto ou se altas com o auxilio de um estilete, atraves do toque retal podem tambem ser localizadas, seu trajeto e geralmente curto abrangendo as tunicas do reto e da vagina (13).

O tratamento desta patologia, e via de regra cirurgico (4,6,9,11), pois execcionalmente, em pequenas fistulas pode ocorrer uma cicatrizacao expontanea. Inumeras tecnicas tem sido propostas, em todas elas faz-se a receccao total do trajeto fistuloso, reavivando a parede vaginal e retal pela retirada dos tecidos fibrosos existentes (7,14).

Ao tratamento cirurgico pode-se eventualmente associar o uso de tratamento hormonal (5).

MATERIAL E METODOS

Foram analisados 19 casos de fistulas retovaginais atendidos nos Hospitais de Caridade, e Universitario no periodo entre 1973 e 1990, ambos em Florianopolis-SC.

Foram coletados dados atraves de Protocolo especifico (em anexo), em estudo retrospectivo, onde observamos: idade, cor, causas, quadro clinico, tempo de evolucao, tipo de tratamento e resultados.

RESULTADOS

As pacientes portadoras de fistula retovaginal foram divididas em grupos etarios como mostra a Tabela I.

TABELA I - FISTULAS RETOVAGINAIS
GRUPOS ETARIOS

IDADE	No.	%
20 - 29	05	26,32
30 - 39	05	26,32
40 - 49	06	31,58
50 - 59	01	5,26
60 - 69	01	5,26
70 - 79	01	5,26
TOTAL	19	100

Hospital de Caridade - 1973-1990
Hospital Universitario - 1983-1990
Florianopolis-SC

Em relacao a raca, 18 (94,73%) pacientes eram da raca branca e apenas 1 (5,26%) da raca negra.

As causas das fistulas estao descritas no Tabela II, abaixo:

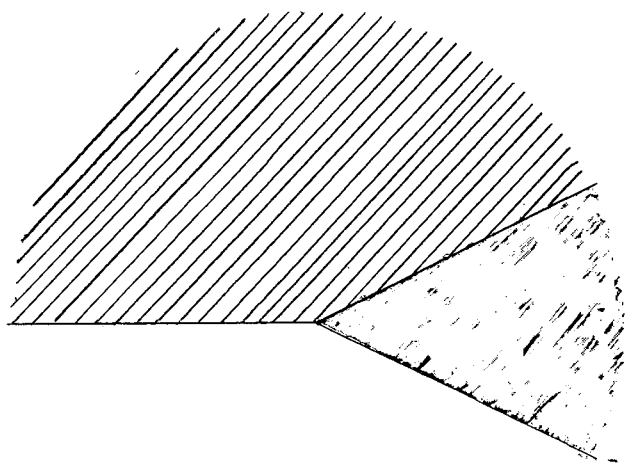
TABELA II - FISTULAS RETOVAGINAIS
ETIOLOGIA




CAUSA	No.	%
OBSTETRICA Episiotomia	09	47,37
Forceps	01	5,26
RADIOTERAPIA	03	15,79
PROCESSO INFLAMATORIO	05	26,32
POS CIRURGIA GINECOLOGICA	01	5,26
TOTAL	19	100

Hospital de Caridade - 1973-1990
Hospital Universitario - 1983-1990
Florianopolis-SC

A sintomatologia observada nas pacientes pesquisadas foi:
a presença de ar ou fezes na vagina e drenagem de secreção
purulenta pela vagina e/ou região vulvar, na frequência descrita
no gráfico a seguir:

GRAFICO I - FISTULAS RETOVAGINAIS
SINTOMAS



	ar na vagina.....	13%
	fezes na vagina	43,5%
	drenagem secreção purulenta pela vagina e/ou região vulvar	43,5%

Hospital de Caridade - 1973-1990
Hospital Universitario - 1983-1990
Florianopolis-SC

O tempo decorrido do inicio de sintomatologia ao da procura do Servico de Proctologia variou de 15 dias a 51 anos, com uma media de aproximadamente 6 anos.

O tratamento dos 19 casos de fistula reto-vaginal foi o seguinte:

1. TRATAMENTO CIRURGICO

A) Colpoperineorrafia anterior +

colpoplastia posterior ----- 8 casos (42,11%)

B) Colpoplastia posterior ----- 6 casos (31,58%)

C) Colostomia: realizada em 2 pacientes (10,53%) portadores de carcinoma de colo uterino em estadio avancado cuja fistula foi conseqüente a radioterapia e em 2 (10,53%) outros pacientes.

2. TRATAMENTO HORMONAL:

Realizado em 2 (10,53%) pacientes.

3. NAO REALIZADO: em 1 paciente (5,26%), portador de carcinoma de colo uterino em estadio clinico avancado.

Foram observados os seguintes resultados:

1. Cura total - 10 pacientes (52,63%)

2. Cura parcial - A) incontinencia anal para liquidos: 2
pacientes (10,53%)

B) incontinencia anal para liquidos e gases: 4
pacientes (21,05%)

3. Sem cura - 3 pacientes (15,79%) (portadores de carcinoma de colo uterino.

DISCUSSAO

As fistulas reto vaginais constituem aproximadamente 5% das fistulas ano retais (19).

Num levantamento, feito pelos autores dos casos de fistulas anorretais no mesmo periodo, locais e servico o numero observado foi de 416, destas 19 eram fistulas reto vaginais constituindo uma porcentagem de 4,6%.

Esta patologia acomete via de regra pacientes entre a 3a. e a 5a. decada de vida, sendo que a media etaria se da na 4a. decada (16,19).

No presente estudo 16 pacientes (84,21%) tinham idade entre 30 e 50 anos, a media de idade observada foi de 39 anos.

Pelo fato de que em nossa regioe ser a populacao na sua maioria da raca branca nao consideramos a alta prevalencia desta raca, 18 casos (94,73%) em relacao a raca negra, 1 caso (5,26%).

De acordo com as causas as fistulas podem ser congenitas ou adquiridas, mais frequentemente sao consequentes a traumatismos obstetricos, seja em partos dificies que as vezes provocam roturas extensas seja por uso inadequado de forceps (7,13).

Dentro destas causas estavam em nosso levantamento 10 pacientes (52,63%); destes 9 (47,37%) como consequencia ao trauma

de parto e 1 (5,26%) por uso específico de forceps .

Outras causas importantes são a de origem inflamatória (criptites e abscessos anorretais complexos) cuja drenagem pela parede vaginal determinaria o estabelecimento das fistulas (7,16), foi o que ocorreu em 5 (26,32%) pacientes.

Também nas infiltrações tumorais por neoplasias uterinas e retais ou então após a irradiação das mesmas pode ocorrer a formação de fistulas (1,7,13,17).

Em 3 (15,79%) pacientes do grupo o motivo que levou a formação de fistula foi a radioterapia para o tratamento de carcinoma de colo uterino.

Mais raramente podem ter origem após a manipulação cirúrgica do reto e aparelho genito urinário (7,13), foi o que aconteceu em 1 (5,26%) paciente cuja fistula apareceu após cirurgia ginecológica.

Existem casos em que ocorre a formação de fistulas como consequência a ferimentos pélvicos por arma de fogo, ou então complicação da Retocolite Ulcerativa Inespecífica, Molestia de Crohn e Retite Esclerosante (7,19,20) (estas não presentes em nosso estudo).

De acordo com a literatura o tempo passado entre o aparecimento dos sintomas até a procura do serviço médico pode se dar desde um curto período de dias até um longo período de anos.

Isto foi observado em nossa casuística, em que este tempo variou de 15 dias a 51 anos, com uma média global de 39 anos.

A forma de apresentação da doença se dá basicamente pela presença de sintomas relacionados a causa da fistula (16). Foi

o que observamos em nosso trabalho pois das 10 pacientes com fistula por causa obstetrica 9 tinham como sintoma principal fezes na vagina, alem disto todas as pacientes cuja causa da fistula foi inflamatoria apresentavam como sintoma principal a drenagem de secrecao purulenta pela vagina e ou regio perivulvar.

Outro sintoma observado foi a presenca de ar na vagina, que apareceu em tres pacientes (13%).

O tratamento cirurgico da fistula retro vaginal tem sido proposto atraves de varias tecnicas (7,14); se a reconstituicao das paredes for satisfatoria, nao e necessaria a derivacao do transito intestinal. Faz-se a sutura da parede vaginal e retal, e sempre que possivel, interpondo entre elas tecido normal periretal ou musculos elevadores do anus (Tecnica Conjunta) (14,15,18,19).

Este tipo de tratamento foi realizado em 14 (73,68%) casos, 8 (42,1%) dos quais foi realizado colpoperineorrafia anterior mais colpoplastia posterior, e em 6 (31,58%) outros casos foi realizada tao somente a colpoplastia superior (cura da fistula)

Os cuidados pre-operatorios fazem-se atraves do preparo intestinal como se faz habitualmente para receccoes colicas, como tambem lavagens mecanicas repetitivas.

Outro cuidado e a colocacao de sonda vesical de demora nos primeiros dias de pos-operatorio (13,19).

O uso de ATB, preferencialmente os de largos espectro, tem indicacao, principalmente naqueles casos em que ha possibilidade de infeccao e conseqente deiscencias (7).

Nas fistulas amplas ou em recidivas, onde ha dificuldade de reconstrucao, ha necessidade de derivacao do transito intestinal, feito por colostomia (7,19).

A colostomia foi realizada em 4 (21%) pacientes, em 2 (10,52%) deles foi realizada colostomia definitiva pois eram portadores de tumor colo uterino irradiado e em estado avancado, e em outros 2 casos (10,52%) em que se deu preferencia a colostomia temporaria, procedendo a tratamento em tres tempos ou seja:

1. Derivacao do transito
2. Cura da fistula
3. Reconstrucao do transito.

Em 1 (5,26%) paciente portador de colo uterino avancado e em estado geral comprometido nao foi realizado tratamento.

Dependendo das condicoes (paciente, causa, tipo e tratamento) podemos obter resultados, que na media sao satisfatorios (9,10).

Os resultados obtidos no presente trabalho,mostraram a cura total em 10 (52,64%) pacientes. Em 6 (31,58%) pacientes, observou-se a cura parcial da fistula, sendo que 2 (10,53%) destes pacientes permaneceram com incontinencia anal para liquidos e 4 (21,05%) destas pacientes permaneceram com incontinencia anal para liquidos e gases. Em 3 (15,79%) pacientes nao foi observada cura da fistula, pois eram portadores de carcinoma de colo uterino. Um deles (5,26%) em estadio clinico avancado com comprometimento do estado geral, e os outros dois (10,53%) com comprometimento moderado do estado geral consequente ao tumor.

O tratamento hormonal (estrogenio) foi aplicado concomitantemente ao tratamento cirurgico em apenas 2 pacientes e nao apresentou resultados satisfatorios.

CONCLUSOES

01. Os 19 casos de fistulas retovaginais representaram aproximadamente 4,6% das fistulas anoretais (416) levantados no mesmo periodo, lugares e servico.
02. Desesseis pacientes (84,21%) tinham a faixa etaria entre a 3a. e 5a. decada de vida, a media etaria foi de 39 anos .
03. As causas que levaram a fistula foram: em 10 pacientes (52,63%) obstetricas, em 5 (25,32%) processos inflamatorios, em 3 (15,79%) consequentes a irradiacao no tratamento de carcinoma do colo uterino e 1 (5,16%) apos cirurgia ginecologica.
04. O quadro clinico predominante era a presenca de fezes na vagina (43,48%) e drenagem de secrecao purulenta pela vagina ou regio vulvar (43,48%).
05. O tratamento esta sendo adequado visto a boa evolucao dos pacientes.

ABSTRACT

The authors make a retrospective analysis of 19 female patients owners of rectovaginale fistula. Their age would vary between 3 to 5 decade of life. The multiplicity of causes to the pathologies as them the clinical manifestacions presented, taked to surgical treatment, that had been with satisfatoraly results.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

01. ADAMS, D.B & PERRY, T.G.: Tendem colovaginoscopy in the diagnosis of colovaginal fistula. *Dis. Colon Rectum*, 31, 653-4, 1988.
02. BALDEZ, J.R.: Lesoes radiogenas do intestino grosso. *Revista Brasileira de Colo Proctologia*, 6(3): 127-30, 1986.
03. COHEN, J.L.; STRICKER, J.W; SCHOETZ JR, J.A & VEIDENHEIMER, M.C.: Retovaginal fistula in Crohn's Disease. *Dis. Colon Rectum*, 32, 825-8, 1989.
04. ELKINS, T.E.; DELANCEX, J.O.L. & McGUIRE, E.J.: The use of modified Martins Graft as an adjunctive technique in vesicovaginal and rectovaginal fistula repair. *Obstetrics and Gynecology*, 75(4): 727-33, 1990.
05. GOLIGHER, J.: *Fistula-in-Ano. Surgery of the Anus Rectum and Colon. Fifth edition*, London, Bailliere Tindal, 1984, 1186 p., p. 178-220.
06. GORENSTEIN, L.; BOYD, J.B.; ROSS, T.M. Gracilis muscle repair of rectovaginal after restorative proctectomy: report of two cases. *Dis. Colon Rectum*, 31, 730-4, 1988.
07. HADDAD, D.J. & BOCHINI, S.F.: Processos inflamatorios do canal anal. In: RAIA, A.A.; ZERBINI, E.J. *Clinica Cirurgica Alipio Correia Neto*, 4a. edicao, Sao Paulo, Sarvier, 1988, 4v., V.4, cap. 65, p. 654-60.

08. HARMS, B.A.; HAMILTON, J.N & STARLING, J.R.: Managment of chronic ulcerative colitis and recovaginal fistula by simultaneous ileal pouch construction and fistula closure: Dis. Colon Rectum, 30, 611-4, 1987

09. HOEXTER, B.; LABOW S.B. & MORESON, M.D.: Transanal rectovaginal fistula repair. Dis. Colon Rectum, 28, 572-5, 1985.

10. L'HERMITE, J; PEILLERON, B., HUBERT, J., AMICABILE, C.; CORROY, J.S.: Cure of complex radiation - induced urogenital fistula: Report of two cases. Annales d'Urologie, 23, 5, 412-16, 1989.

11. LOWRY, A.C.; THORSON, A.G.; ROTHNBERGER, D.A.; GOLDBERG, S.A. Repair of simple rectovaginal fistulas: influence of previous repairs. Dis. Colon Rectum, 31, 676-8, 1988.

12. MARZONK, a. and al. Perineal lacerations and rectovaginal fistula of non obstetrical traumatic origin concerning 4 cases. La Tunisie Medicale, 66, 5, mai 1988.

13. MATTIINGLY, R.F.: Incontinencia anal e fistulas retrovaginais. Ginecologia Operatoria TeLinde. 5a. edicao. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1979, 712 p., p.510-17.

14. METFESSEL, H.D.; METHFESSEL, G.: Zum problem der aktinischen blasen-Mastdarm-Scheidenfisteln. Zeitschrift fur Urologie and Nephrologie, 81(5), 309-13, 1988.

15. NOWACKI, M.P.; SZAWLOWSKI, A.W.; BORKOWSKI, A.: Parks' colo-anal sleeve anastomosis for tratment of postradiation rectovaginal fistula. Dis. Colon Rectum, 29, 817-20, 1986.

16. PARKS, A.G.; GORDON, P.H. & HARDCASTLE, J.D.: British Journal of Surgery, 63, 1(1), 1-2, 1976.

17. RADCLIFE, A.G.; RITCHIE, J.K.; HAWLEY, P.R.; LENNARD-JONES, J.E. & NORTHOVER, J.M.A.: Anovaginal and rectovaginal fistulas in Croh's Disease. Dis. Colon Rectum, 31, 94-9, 1988

18. REZNICK, R.K.; BAILEY, H.R.: Closure of the internal opening for treatment of complex fistula-in-ano. Dis. Colon Rectum, 31, 116-18, 1988.
19. STERN, H.; GAMBIEL, Z; ROSS, T. & DREZNICK, Z.: Rectovaginal fistula: initial experience. The Canadian Journal of Surgery, 31(5), 359-62, 1988.
20. TUXEN, P.A. & CASTRO, A.F.: Rectovaginal fistula in Crohn's Disease. Dis. Colon Rectum, 22, 58-62, 1979.

Mateus Neto

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE CLINICA CIRURGICA
HOSPITAL UNIVERSITARIO
HOSPITAL DE CARIDADE
SERVICO DE COLOPROCTOLOGIA

PROTOCOLO PARA FISTULAS RETOVAGINAIS

IDENTIFICACAO: Iniciais Reg..... Sexo
Idade..... Prof..... Cor.....

CAUSAS:

- obstetricas: forceps
 episiotomia
 outros
- outras causas ferimentos acidental
 provocado
 tumor - local: reto
 colo uterino
 radioterapia, porque:
 outros

QUADRO CLINICO:

- Sintomas: fezes na vagina
 ar na vagina
 urina no reto
 sangramento vaginal
 sangramento retal

Tempo de aparecimento: anos meses,
..... dias

- TRATAMENTO: 1. Cirurgico colpoplastia posterior
 colpoperineorrafia posterior
 colostomia
 outros
2. Homonal

RESULTADOS: cura total
 cura parcial: incontinencia para gases
 incontinencia para liquidos

OUTROS:

TCC
UFSC
CC
0144

N.Cham. TCC UFSC CC 0144

Autor: Nemetz, André Paul

Título: Fístulas retovaginâis..



972802753

Ac. 252973

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM