

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

**FÍSTULA ENTEROCUTÂNEA E ENTEROCERVICAL PÓS-
HISTERECTOMIA: RELATO DE CASO**

**JOÃO PESSOA – PB
2013**

JESSÉ CLEMENTINO DE ARAÚJO FILHO

**FÍSTULA ENTEROCUTÂNEA E ENTEROCERVICAL PÓS-
HISTERECTOMIA: RELATO DE CASO**

Trabalho para conclusão de curso apresentado à coordenação do curso de medicina, para apreciação e aprovação.

Orientadora: Profa. Melania Maria Ramos de Amorim, MD, PhD.

**JOÃO PESSOA – PB
2013**

SUMÁRIO

RESUMO	3
1. INTRODUÇÃO	5
2. RELATO DE CASO	8
3. DISCUSSÃO	14
REFERÊNCIAS	18

Resumo

Introdução: fístula é a ligação entre dois epitélios, sendo pelo menos um deles pertencente a um órgão ou víscera oca. Dentre as fístulas genitais, temos as geniturinárias e as genitointestinais. Um subtipo raro destas últimas é a fístula enterocervical após histerectomias. Outro tipo de fístula a ser considerada na abordagem abdominal baixa, pélvica e perineal é a enterocutânea.

Relato de caso: neste estudo, os autores abordam o caso de uma paciente, 36 anos, portadora de diverticulite, que foi submetida à histerectomia subtotal devido a complicações em cirurgia pélvica. No pós-operatório, houve evolução com surgimento de fístulas enterocutânea e enterocervical, ambas conduzidas conservadoramente, obtendo-se ótimos resultados.

Discussão: fatores como boas condições clínicas, características favoráveis da fístula e adequado manejo foram preponderantes para a resolução espontânea da fístula enterocutânea. Situação similar ocorreu com a fístula enterocervical, destoando do tratamento cirúrgico preconizado pela literatura. Com apenas um relato até então de fístula enterocervical após histerectomia, salientamos a relevância do presente estudo.

Palavras-chave: *Fístulas genitais. Fístula enterocutânea. Fístula enterocervical após histerectomia. Tratamento conservador de fistulas.*

Abstract

Introduction: Fistula is a connection between two epithelia, which unless one of them belongs to an organ or hollow viscera. Genital fistula can be genitourinary or genitointestinal. One rare subtype of that last ones is the enterocervical fistula after hysterectomy. Another type of fistula to consider on lower abdominal, pelvic and perineal approach is the enterocutaneous.

Case report: In this study, the authors describe the case of a 36 year-old patient, affected by diverticulitis, submitted to a subtotal hysterectomy as consequence of pelvic surgery's complications. In postoperative, she developed enterocutaneous and enterocervical fistula, both managed clinically with success.

Discussion: Factors as good clinical conditions, favorable fistula characteristics and correct management were primordial to enterocutaneous fistula spontaneous healing. Similar situation occurred with the enterocervical fistula, showing the opposite of surgical therapy proposed by modern literature. With only one case of enterocervical fistula after hysterectomy reported until now, we illustrate the importance of the present study.

Key-words: *Genital fistula. Enterocutaneous fistula. Enterocervical fistula after hysterectomy. Conservative treatment of fistula.*

1. Introdução

Fístulas são definidas como uma comunicação entre duas superfícies epiteliais, sendo que uma delas obrigatoriamente deve ser um órgão ou víscera oca^{1,2}. No caso de fistulas genitais há uma comunicação entre o trato genital (vagina e útero) e os tratos urinário (uretra, bexiga, ureter) e intestinal (reto, canal anal e intestinos). Desse modo, as fistulas genitais podem ser classificadas em geniturinárias ou genitointestinais³. O estudo das fístulas genitais possui grande relevância devido à dificuldade no seu manejo e aos impactos físicos e emocionais acarretados às pacientes, como contínua sensação de umidade, odor vaginal desagradável, dermatites e prejuízos na esfera social^{3,4,5,6}.

As fístulas geniturinárias, mais comuns, têm etiologia variável geograficamente. Nos países desenvolvidos, sua gênese está ligada a cirurgias pélvicas, doenças pélvicas graves (malignidades), irradiação pélvica e distúrbios no processo cicatricial. Já nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, ainda se tem o trabalho de parto prolongado e traumático como sua principal causa^{4,6}. Nos Estados Unidos, a sua incidência após histerectomias simples por causas benignas é menor que 0,5%, todavia, quando consideradas as histerectomias radicais esse percentual passa para cerca de 10%. Nos países em desenvolvimento, a gênese dessas fistulas ocorre em mais de 2% dos casos dos trabalhos de parto distócicos⁴.

As fistulas genitointestinais, cuja abordagem possui maior relevância neste estudo, também podem ser classificadas como exemplos de fistulas gastrointestinais internas (comunicação do trato gastrointestinal com outra porção do mesmo ou outra víscera oca)¹. São mais comumente localizadas entre o reto e o terço vaginal inferior e originam-se, principalmente, de traumas obstétricos (lacerações não diagnosticadas, lacerações de 3º e 4º grau com reparo mal sucedido, infecções de episiotomia), além de histerectomias complicadas, doenças inflamatórias intestinais, diverticulites, câncer

colorretal e obstruções intestinais. Pacientes portadores de fistulas genitointestinais podem ser assintomáticas, apresentar eliminação de gases pela vagina, corrimento fétido fecaloide nas pequenas fístulas e eliminação vaginal de fezes nas maiores, além de incontinência ou urgência fecal, caso ocorra lesão esfínteriana retal concomitante^{3,7}.

O diagnóstico das fistulas genitointestinais é realizado por meio da avaliação clínica associada ao exame ginecológico especular, preferencialmente com uso do colposcópico, sendo corroborado pelo uso de clister anal com azul de metileno (havendo saída de contraste pela vagina)⁷. O trajeto da fístula pode ser mais bem avaliado por meio de exames imagiológicos, como clister opaco, ultrassonografia endovaginal, ressonância nuclear magnética (RNM), colonoscopia (localização do óstio intestinal), tomografia computadorizada (TC) e fistulografia, esses dois últimos com menor acurácia^{5,7,8}. Na literatura, a abordagem deste tipo de fistula é eminentemente cirúrgica^{3,7}.

Além das fistulas genitais, outro tipo de fistula com relativa importância na abordagem do abdome inferior, pelve e períneo é representado pelas fístulas enterocutâneas. Exemplos de fistulas gastrointestinais externas (comunicação do trato gastrointestinal com a superfície corpórea), elas podem ter gênese pós-operatória (devido lesões intestinais iatrogênicas não corrigidas, deiscência de anastomoses intestinais e drenagem de coleções), em 85% dos casos, ou espontânea, nos demais 15%, por doenças inflamatórias intestinais, malignidade e irradiação. Clinicamente se manifestam entre 3º e o 10º dia de pós-operatório, com saída de conteúdo entérico pela cicatriz cirúrgica associada a sinais flogísticos e infecciosos adjacentes. Na dependência das características do paciente, da fistula e da qualidade da abordagem, o tratamento cirúrgico pode se impor em alguns casos, todavia, com o correto manejo, um terço a 80% dos casos tem resolução espontânea^{1,2}.

No presente estudo, os autores compartilham sua experiência com um caso de cirurgia pélvica complicada, culminando em histerectomia subtotal e evoluindo no pós-operatório com a formação de fistula enterocutânea e genitointestinal, mais precisamente enterocervical, evento de especial singularidade, com apenas um caso até então publicado na literatura.

2. Relato de Caso

R.G.S., feminina, 36 anos, divorciada, natural de Recife – PE e procedente de Remígio – PB, foi atendida no ambulatório de ginecologia do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), em 10/08/2011, relatando quadro de irregularidade menstrual (menstruando duas vezes ao mês com fluxo durando 10 dias) e dor “cansada” em membros inferiores originado há cerca de três anos, momento em que procurou assistência médica e realizou ultrassonografia (USG) abdominal, diagnosticando cisto ovariano à direita. Na ocasião não foi realizado nenhum tratamento específico, havendo persistência do quadro clínico. Mais recentemente, referia surgimento de dores abdominais em cólica com forte intensidade, atenuadas após uso de Tylenol®, e corrimento vaginal de coloração amarelada, aspecto grumoso e odor “azedo”, em pequena quantidade. Negava prurido vaginal, sintomas urinários ou quaisquer outras queixas no interrogatório sistemático.

Como antecedente patológico, havia histórico de uma cirurgia há cerca de doze anos para exérese de um cisto em ovário esquerdo e ligadura tubária, tendo ficado internada durante 14 dias de pós-operatório, devido a complicações cirúrgicas que não soube precisar. Nos antecedentes familiares afirmava mãe viva com hipertensão arterial sistêmica, pai desconhecido e negava casos de neoplasias na família. Com relação aos antecedentes ginecológicos e obstétricos, relatava menarca aos 11 anos, sexarca aos 14 anos, três parceiros sexuais durante toda vida, uso de preservativo em relações sexuais, G IV PIII A1, todos os partos normais e sem intercorrências, o primeiro aos 16 anos de idade e o último aos 24 anos, tendo amamentado todos os filhos por cerca de seis meses. Negava tabagismo e uso de outras medicações ou drogas ilícitas, afirmando apenas etilismo esporádico (“consumo social”).

Ao exame físico, apresentava abdome doloroso à palpação em regiões periumbilical e hipogástrica associado à massa palpável e móvel na mesma topografia, melhor delimitada pelo toque vaginal bimanual, com dimensões de aproximadamente 20 cm x 10 cm. Ao exame especular havia secreção em “borra de café” no fórnice vaginal posterior, colo impérvio e orifício cervical externo em fenda, tendo sido coletado material para colpocitologia oncótica. No demais, sem outras alterações dignas de nota ao exame físico.

Na ocasião a paciente trazia alguns exames, hemograma e glicemia de jejum (01/06/2011) sem anormalidades, CA 125 de 8 UI/ml (normal até 35 UI/ml) e CEA de 0,4 ng/ml (normal até 3 ng/ml), além de USG pélvica e endovaginal (05/05/2001) com o seguinte laudo: “Útero de 145 cm³, ovário esquerdo não visualizado e presença de massa cística ocupando toda fossa ilíaca direita, com conteúdo denso, medindo 18,1 cm x 8,4cm, possivelmente em ovário direito”. De acordo com todo o exposto, aventou-se a hipótese de tumor pélvico a esclarecer, requisitando-se USG endovaginal com Dopplerfluxometria e colcocitologia oncótica. A USG endovaginal revelou: “Útero com volume de 100 cm³, eco endometrial de 9,9 mm, visualizadas massas císticas em regiões anexiais, à direita, anecóica e alongada, paredes finas e regulares, medindo aproximadamente 20,2 cm x 12cm, e à esquerda, septada, contornos lobulados, medindo 6,1cm x 4,1cm, sem alterações ao Doppler”. Já a colpocitologia oncótica elucidou apenas presença de *Candida sp.*, sem alterações celulares, sendo a paciente tratada para candidíase (devido ao corrimento genital) e encaminhada para laparotomia exploradora, com solicitação de exames pré-operatórios.

A laparotomia exploradora foi realizada no dia 09/02/2012, sob anestesia raquidiana, através de incisão cutânea mediana umbílico-pubiana e abertura da parede abdominal por planos anatômicos. Ao inventário da cavidade, foram detectadas as

tumorações anexiais com múltiplas aderências pélvicas e antigos pontos de sutura com polipropileno a nível intestinal (provavelmente resultantes de complicações da cirurgia prévia). Realizaram-se as lises das aderências, salpingectomia à esquerda e anexectomia à direita. Todavia, devido a profuso sangramento intraoperatório, fez-se mister a realização de uma histerectomia subtotal. No segundo dia de pós-operatório, sem maiores intercorrências, a paciente recebeu alta hospitalar.

No dia 14/02/2012, em curso do quinto dia de pós-operatório (DPO), a paciente retornou ao ambulatório de ginecologia do HUAC referindo intensa dor abdominal, piorando durante a alimentação e à palpação, com comprometimento do hábito intestinal (houve apenas uma evacuação após a cirurgia, por meio de supositório laxativo). Ao exame físico, o abdome era doloroso à palpação e com defesa, a ferida operatória (FO) apresentava sinais flogísticos e drenagem de secreção purulenta fecaloide por dois orifícios.

Após internação hospitalar em enfermaria da ala cirúrgica, foi puncionado acesso venoso central, iniciadas hidratação intravenosa, nutrição parenteral hiperprotéica e antibioticoterapia (associando gentamicina e Flagyl®), além de meticulosa limpeza da FO e aposição de saco coletor com curativo nos tecidos adjacentes, cogitando-se a hipótese diagnóstica de fístula enterocutânea pós-operatória. Nos exames realizados à admissão, apresentava hemoglobina (Hb) de 7,7 g/dl e hematócrito (Ht) de 23,5%, leucometria total de 14.700/mm³ com 28% de bastonetes, glicemia de 118mg/dl, ureia, creatinina, transaminases hepáticas, bilirrubinas e eletrólitos dentro dos limites de normalidade, com USG abdominal apresentando como conclusão: “Segmento de alça intestinal com conteúdo líquido e sólido no interior, numa extensão de 10,7cm x 3,7cm, localizada imediatamente abaixo da cicatriz cirúrgica (fístula de parede para o intestino?)”.

No oitavo DPO (17/02/2012), a paciente apresentava uma albumina sérica de 2,6 g/dl e a cultura da secreção de FO demonstrou crescimento de *Escherichia coli* resistente à gentamicina, sendo trocada por Ciprofloxacina intravenosa e mantido o Flagyl®.

A partir de então a paciente evoluiu com redução progressiva das dores abdominais, dos sinais flogísticos em FO e da drenagem de conteúdo purulento fecaloide (à admissão drenava cerca de 1L/24hrs). Por volta do 16º DPO (25/02/12), foi necessária reposição eletrolítica adicional de potássio, devido a hipocalemia (2,6 mEq/dl), na ocasião ainda assintomática. No 20º DPO (29/02/2012), foi iniciada dieta via oral, associada à parenteral, com boa aceitação e posterior eliminação de gases e evacuações satisfatórias. No 27º DPO (07/03/2012), a drenagem de secreção fecaloide pela fístula enterocutânea já havia cessado, sendo visíveis sinais de cicatrização dos pontos de deiscência da FO com persistência de mínima secreção amarelada.

No 28º DPO (08/03/2012), suspendeu-se a nutrição parenteral (fez 28 dias de NPT) e a antibioticoterapia (recebeu 16 dias de Ciprofloxacino e 22 dias de Flagyl®). A paciente começou a queixar-se de secreção vaginal amarelada com cheiro de “peixe podre”, evoluindo, ao 34º DPO (14/03/2012), para nítido aspecto e odor fecaloide, associada a raios de sangue em alguns momentos, sendo aventada a hipótese de fístula enterovaginal. No 35º DPO (15/03/2012), foi realizada TC contrastada de abdome superior e pelve, revelando: “Presença de coleção, com estrutura capsular na periferia da mesma, medindo 6cm x 5cm nos maiores diâmetros, adjacente à cúpula vaginal e ao cólon sigmoide, observando-se imagens gasosas de permeio, bem como trajeto fistuloso, exteriorizando-se na linha média infraumbilical (trajeto fistuloso)”.

No 40º DPO (20/03/2012), ainda com persistência de drenagem de secreção fecaloide pela vagina, foi realizada RNM da pelve, com seguinte conclusão:

“Conglomerados de alças intestinais junto ao colo uterino, as quais exibem paredes espessadas. Associadamente se percebe pequena imagem líquida se direcionando desta região para o canal endocervical e parede abdominal inferior, sugerindo trajetos fistulosos, caracterizando uma fístula enterocutânea e uma fístula enterocervical” (Figura 1), ou seja, além da fístula enterocutânea, uma comunicação entre o intestino e o colo uterino, remanescente após a histerectomia subtotal, havia se formado. No decorrer de sua evolução, após realização da RNM, foi mantida conduta conservadora com dieta pobre em resíduos, havendo diminuição progressiva da drenagem fecaloide pela vagina. No 45° DPO (25/03/2012), houve nova drenagem de secreção inodora com aspecto purulento pela FO abdominal, sem sinais flogísticos, sendo colhido material para cultura (que não revelou crescimento bacteriano) e iniciada Ciprofloxacina oral.



Figura 1. As setas apontam os trajetos fistulosos enterocutâneo e enterocervical

Com evolução satisfatória, no 48° DPO (28/03/2012) a drenagem de secreção pela FO e vagina era mínima, sem quaisquer outras manifestações clínicas. O hemograma (29/03/2012) apresentava Hb de 11,6 g/dl, Ht de 35%, leucometria total de 7300/mm³ com 2% de bastões e enema opaco negando evidências de trajetos fistulosos, todavia, apresentando como impressão final: “Doença diverticular no cólon descendente

e sigmoide, com sinais de diverticulite na junção das duas porções”. Deste modo, procedeu-se, no dia 29/03/2012, à alta hospitalar, orientando-se a paciente a completar 10 dias de tratamento com Ciprofloxacina oral e retornar para o ambulatório de gastroenterologia e ginecologia. Durante acompanhamento ambulatorial, foi realizada nova USG endovaginal (26/04/2012) ainda revelando “trajeto fistuloso localizado em fundo de saco posterior, entre colo uterino residual e alças intestinais com bifurcação neste trajeto” (Figura 2), entretanto, percebeu-se total resolução das fístulas enterocutânea e enterocervical ao longo de sua evolução clínica, de modo espontâneo, sem a necessidade de abordagem cirúrgica.

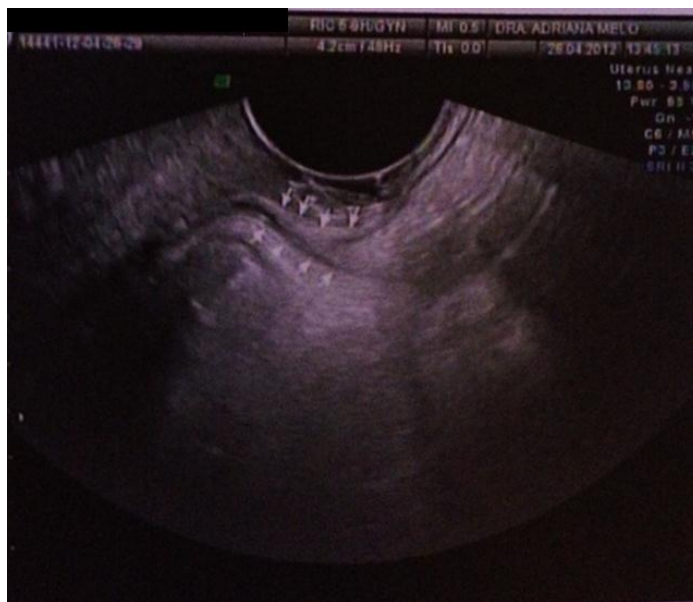


Figura 2, As setas apontam o trajeto fistuloso enterocervical

3. Discussão

Ao analisar o caso clínico, podemos constatar que a paciente em questão apresentou alguns fatores de risco para o desenvolvimento de fístulas genitais e enterocutâneas, como cirurgia pélvica complicada (tendo em vista a manipulação previa da cavidade, com possível lesão de alça intestinal, intenso processo aderencial, hemorragia peroperatória) e desenvolvimento de diverticulite^{1,2,3,4,6,7}.

A literatura classifica as fístulas enterocutâneas quanto a sua anatomia, etiologia e fisiologia, definindo fistulas de baixo (drenam <200 ml/24h), médio (entre 200 e 500 ml/24h) e alto débito (>500 ml/24h), sendo o íleo o local mais comum para essas últimas. Por exemplo, a fístula enterocutânea apresentada pela paciente era de alto débito (inicialmente drenando cerca de 1L/24h). Não obstante, o débito das fístulas não apresenta grande influência no seu fechamento, na maioria dos doentes^{1,2}.

O tratamento das fistulas enterocutâneas deve ser, inicialmente, baseado na reposição hidroeletrólítica (atentando-se principalmente para os níveis de potássio, principal eletrólito depletado), antibioticoterapia de largo espectro para controle da sepse, dieta zero e nutrição parenteral, com até 30kcal/dia e 2,5g/dia de proteínas nas fístulas de alto débito² (aumentando a taxa de fechamento espontâneo e melhor recuperação clínica do paciente¹), limpeza da FO, aposição de bolsa coletora e proteção da pele adjacente com soluções hidratantes e curativos. Não há evidências científicas que comprovem o benefício do uso de inibidores de bomba de prótons, antagonistas H2 e análogos da somatostatina, apesar de reduzirem a produção de secreções gastrointestinais. Em caso de infecção da FO, abscesso abdominal ou peritonite, deve-se proceder à abertura e ao debridamento da FO, drenagem guiada por métodos de imagem (como USG e TC^{1,2,8}) e laparotomia, respectivamente^{1,2}.

Com essas medidas, até 80% dos casos tem resolução espontânea em até seis semanas. Se o fechamento da fistula não ocorrer nesse período, provavelmente o paciente precisará de abordagem cirúrgica, a ser realizada após seis a doze semanas, em abdomens fechados, e doze meses em caso de grandes deiscências abdominais, por conta do intenso processo inflamatório e aderências existentes antes desse período^{1,2}. Schecter et al.² reproduziram uma tabela do livro *Mastery of Surgery*, capítulo *Gastrointestinal-cutaneous fistulae* de Fisher & Evenson, que apresenta os principais fatores preditores do fechamento espontâneo das fistulas enterocutâneas (Quadro 1).

Quadro 1. Fatores preditores do fechamento espontâneo de fístulas enterocutâneas

Fatores	Favoráveis ao fechamento	Desfavoráveis ao fechamento
Localização anatômica	Orofaríngea, esofagiana, coto duodenal, duodeno lateral, pancreatobiliar, jejunal e colônica.	Gástrica, ligamento de Treitz e ileal.
Trajeteto	>2 cm	<2 cm
Tamanho do defeito	< 1cm	>1 cm
Débito da fístula	Reduzindo	Estável ou aumentando
Intestino adjacente	Saudável	Obstrução distal ou estenose, abscesso, inflamação ativa e descontinuidade intestinal.
Etiologia	Pós-operatório, diverticulite e apendicite.	Doença de Crohn, malignidade, radiação e corpo estranho (tela).
Estado nutricional	Bem nutrido	Mal nutrido
Sepse	Ausente	Presente

Deste modo, podemos perceber que a fístula enterocutânea do caso clínico evoluiu para resolução, em cerca de vinte dias de internação hospitalar, devido à correta condução clínica, seguindo o manejo preconizado pela literatura moderna, e a presença de vários fatores favoráveis ao fechamento espontâneo (de acordo com o Quadro 1), como localização anatômica e etiologia favoráveis, débito decrescente, intestino adjacente íntegro, bom estado nutricional (mantido por nutrição parenteral hiperprotéica) e ausência de sepse (por conta da antibioticoterapia precoce com cobertura para gram negativos entéricos e anaeróbios).

No entanto, o fenômeno que proporcionou grande conotação científica ao caso, foi o surgimento da fístula enterocervical após a histerectomia. Realizando vasta pesquisa nos principais bancos de dados bibliográficos (Medline, Embase, Lilacs, Scielo, Periódicos CAPES, entre outros), pode-se constatar apenas um caso similar relatado na literatura médica.

O relato foi elaborado por Jalůvka⁹ em 1984, narrando o caso clínico de uma alemã de 70 anos, com histórico de menarca aos 13 anos, sem filhos, submetida à histerectomia subtotal aos 50 anos, devido miomatose uterina, e a ooforectomia à esquerda por doença ovariana benigna, conservando os anexos à direita. Portadora de diverticulite, a paciente evoluiu com fístula sigmoidocervical, sendo conduzida cirurgicamente com bons resultados, recebendo alta hospitalar, no 22º dia de pós-operatório, assintomática.

Tanto na literatura nacional como na internacional, pode-se constatar que o manejo descrito para as fístulas genitointestinais é cirúrgico^{3,7}. O procedimento deve ser realizado após correção de todo processo inflamatório ou induração nos tecidos adjacentes a fístula, geralmente sendo mister proceder a debridamento e

antibioticoterapia de largo espectro (por 10 a 14 dias), caso haja sinais infecciosos, dieta com poucos resíduos, e reavaliação contínua⁷.

No pré-operatório, deve-se manter dieta líquida (dois dias antes da cirurgia e dois a três dias após), realizar preparo intestinal com laxativos (reduzindo o efluxo fecal da lesão no peroperatório) e administrar antibioticoprofilaxia (a antibioticoterapia pós-operatória só é indicada quando há significativo extravasamento fecal durante o ato operatório). Em resumo, a cirurgia consiste na fistulotomia com debridamento do trajeto fistuloso e reparo dos tecidos adjacentes com fios absorvíveis (Vycril®, por exemplo), havendo, porém, várias técnicas cirúrgicas descritas na literatura, de acordo com o tipo da fístula e trajeto⁷.

Contudo, tendo em vista as diversas complicações cirúrgicas que já haviam sucedido, foi tentada uma conduta conservadora na condução da fistula enterocervical descrita no presente relato. Certamente, o bom estado geral da paciente (resultante de todos os cuidados administrados no prévio manejo clínico da fístula enterocutânea) e a dieta pobre em resíduos foram determinantes para a resolução espontânea da lesão em pauta, concluída a nível ambulatorial, sem a necessidade de debridamento ou quaisquer outros procedimentos cirúrgicos.

Considerando a raridade da referida lesão na prática médica, julgamos essencial o seu relato. Além de sua intrínseca singularidade, a evolução do caso se revelou surpreendente ao culminar, conservadoramente, na completa resolução clínica, destoando da conduta preconizada pela literatura para as demais fístulas genitointestinais e daquela descrita no relato da década de 80.

Referências

1. Townsend Jr CM, Beauchamp RF, Evers BM, Mattox KL. Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice. 19ª edição. Filadelfia: Saunders-Elsevier, 2012.
2. Schechter W, Soybel DI, Collins KA. Principles of management of enteric fistulas. UpToDate, oct. 2012. Disponível em <http://www.uptodate.com/contents/principles-of-management-of-enteric-fistulas?source=search_result&search=enteric+fistula&selectedTitle=1~54>.
3. Freitas F, Menke CH, Rivoire WA, Passos EP. Rotinas em Ginecologia. 6ª edição. Artmed, 2011.
4. Garely AD, Mann Jr WJ, Brubaker L, Falk SJ. Vesicovaginal, urethrovaginal, and ureterovaginal fistulas. UpToDate, jul. 2012. Disponível em <http://www.uptodate.com/contents/vesicovaginal-urethrovaginal-and-ureterovaginal-fistulas?source=related_link>.
5. Mamere AE, Coelho RDS, Cecin AO, Feltrin LT, Lucchesi FR, Pinheiro MAL, Borges AKN, Garcia GF, Seabra D. Avaliação das fístulas urogenitais por urorressonância magnética. Radiol Bras. Jan/fev. 2008; 41:19–23.
6. Comissões Especializadas Nacionais Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Orientação em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal. FEBRASGO 2010; 101-112.
7. Togli MR, Brubaker L, Duda RB. Rectovaginal, anovaginal, and colovesical fistulas. UpToDate, abr. 2012. Disponível em <http://www.uptodate.com/contents/rectovaginal-anovaginal-and-colovesical-fistulas?source=related_link>.
8. Schwartz DA, Wiersema MJ, LaMont JT, Grover S. The role of imaging tests in the evaluation of anal abscesses and fistulas. UpToDate, jul. 2012. Disponível em <http://www.uptodate.com/contents/the-role-of-imaging-tests-in-the-evaluation-of-anal-abscesses-and-fistulas?source=see_link>.
9. Jalůvka VV. Ungewöhnliche Verletzungen des Verdauungstraktes und gynäkologisch Laparotomie. Zbl. Gynäkol, 1984; 106: 616-619.