

MANEJO CIRÚRGICO DE FÍSTULA RETOVESICAL POR TRAUMA PENETRANTE COMPLEXO: RELATO DE CASO

Surgical management of rectovesical fistula due to complex penetrating trauma: case report

Neuman Augusto Clemente Bedetti¹, Marcos Antonio Santana Castro²

^{1,2}Residência Médica em Urologia. Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus (HUSF), Bragança Paulista - SP.

Resumo

Introdução: A fístula retovesical corresponde à formação de uma comunicação patológica entre o reto e a bexiga urinária, resultando em uma ponte anômala que permite a passagem direta de conteúdo fecal ou gás intestinal para o sistema urinário e/ou de urina para o reto. Essa entidade rompe a separação anatômica habitual entre o trato digestivo e o trato urinário inferior, podendo ocorrer em pontos variados da parede retal e da vesical e envolve frequentemente tecido inflamado ou lesado. Neste contexto, a compreensão clara dessa comunicação é crucial para um planejamento terapêutico adequado. **Objetivo:** Relatar um caso único de fístula retovesical provocada por trauma penetrante complexo. **Método:** Trata-se de um relato de caso de paciente adolescente vítima de trauma penetrante pélvico complexo, atendido pelo Serviço de Urologia do Hospital Universitário São Francisco, em Bragança Paulista, com dados obtidos exclusivamente do prontuário médico. O estudo foi conduzido mediante consentimento e assentimento formal do paciente e de seu tutor, garantindo confidencialidade, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. **Relato do Caso:** Tratou-se de um paciente masculino de 16 anos que sofreu trauma penetrante anal por vergalhão de ferro, evoluindo com fístula retovesical traumática confirmada por tomografia, sendo tratado por abordagem cirúrgica multidisciplinar com reparo retal transanal, bipartição vesical, interposição de epíplon, colostomia temporária e derivação urinária, apresentando evolução pós-operatória favorável, sem recorrência fistulosa. **Conclusão:** A bipartição vesical é uma técnica segura e eficaz para o tratamento de fístulas urogenitais traumáticas complexas, pois proporciona ampla exposição anatômica, permite reparo preciso com interposição tecidual e reduz o risco de recorrência, sendo especialmente indicada nos casos graves que demandam abordagem cirúrgica multidisciplinar e apresentam altos índices de sucesso funcional.

Palavras-chave: Cirurgia, Urologia, Fístula Retovesical, Trauma, Tratamento.

Abstract

Background: A rectovesical fistula corresponds to the formation of a pathological communication between the rectum and the urinary bladder, resulting in an abnormal connection that allows the direct passage of fecal content or intestinal gas into the urinary system and or urine into the rectum. This condition disrupts the usual anatomical separation between the digestive tract and the lower urinary tract, may occur at different points of the rectal and bladder walls, and frequently involves inflamed or injured tissue. In this context, a clear understanding of this communication is crucial for appropriate therapeutic planning. **Aim:** To report a unique case of rectovesical fistula caused by complex penetrating trauma. **Method:** This is a case report of an adolescent patient who sustained complex penetrating pelvic trauma and was treated by the Urology Service of Hospital Universitário São Francisco, in Bragança Paulista, Sao Paulo, Brazil, with data obtained exclusively from the medical records. The study was conducted with formal informed consent and assent from the patient and his legal guardian, ensuring confidentiality, and was approved by the Institutional Research Ethics Committee, in accordance with Resolution No. 466/2012 of the Brazilian National Health Council. **Case Report:** A 16 year old male patient sustained penetrating anal trauma caused by an iron rod and subsequently developed a traumatic rectovesical fistula confirmed by computed tomography. He was treated with a multidisciplinary surgical approach including transanal rectal repair, bladder bivalving, omental interposition, temporary colostomy, and urinary diversion, with favorable postoperative evolution and no fistula recurrence. **Conclusion:** Bladder bivalving is a safe and effective technique for the treatment of complex traumatic urogenital fistulas, as it provides wide anatomical exposure,



allows precise repair with tissue interposition, and reduces the risk of recurrence, being especially indicated in severe cases that require a multidisciplinary surgical approach and are associated with high functional success rates.

Keywords: Surgery, Urology, Rectovesical Fistula, Trauma, Treatment.

Introdução

A fístula retovesical corresponde à formação de uma comunicação patológica entre o reto e a bexiga urinária, resultando em uma ponte anômala que permite a passagem direta de conteúdo fecal ou gás intestinal para o sistema urinário e/ou de urina para o reto (Medina et al., 2024). Essa entidade rompe a separação anatômica habitual entre o trato digestivo e o trato urinário inferior, podendo ocorrer em pontos variados da parede retal e da vesical e envolve frequentemente tecido inflamado ou lesado. Neste contexto, a compreensão clara dessa comunicação é crucial para planejamento terapêutico adequado (Benben et al., 2023).

As causas para o problema são heterogêneas e podem incluir procedimentos cirúrgicos pélvicos (como prostatectomia radical, ressecção retal ou cistoprostatectomia), radioterapia da região pélvica, doenças inflamatórias intestinais (por exemplo, doença de Crohn), neoplasias que invadem simultaneamente o reto e a bexiga, bem como traumas pélvicos, em particular os penetrantes, que acometem paredes vesical e/ou retal (Rajan; Priyanka, 2021; Shmoon et al., 2022). Nos casos de trauma penetrante, o dano direto à bexiga e ao reto cria condições para a fistulização, tornando-se uma causa rara, porém de elevada complexidade (Kucera; Jezior; Duncan, 2017).

A presença de uma fístula retovesical acarreta repercussões clínicas significativas, por exemplo: são descritos sinais como fecalúria (passagem de fezes ou partículas fecais na urina), pneumaturia (presença de ar na urina), passagem de urina pelo reto, episódios de infecção urinária recorrente, abscessos pélvicos, urosepsia, além de disfunção vesical ou intestinal e comprometimento da qualidade de vida do paciente (Amu et al., 2023; Hsu et al., 2023; Incarbone et al., 2021). Assim, a coexistência de sintomas urinários e intestinais exige abordagem multidisciplinar, pois a morbidade pode ser elevada, sobretudo em contextos de trauma ou radioterapia prévia (Medina et al., 2024).

O diagnóstico deste tipo de fístula baseia-se inicialmente na suspeita clínica; por exemplo: relatos de pneumaturia, fecalúria, consumo de urina via reto ou infecções urinárias persistentes, e requer confirmação por meio de exames complementares (Yan et al., 2020). Estudos recentes apontaram para a importância da tomografia computadorizada da pelve com contraste, da cistografia ou uretrocistografia, da cistoscopia e/ou retossigmoidoscopia, e, quando indicado, da ressonância magnética para caracterização da extensão da fístula (Hsu et al., 2023; Shmoon et al., 2022; Yan et al., 2020). Além disso, a definição precisa do trajeto fistuloso, dos tecidos adjacentes comprometidos e da presença de abscessos ou sequestros é fundamental para o planejamento cirúrgico (Incarbone et al., 2021; Kucera; Jezior; Duncan, 2017).

O tratamento da fístula retovesical costuma envolver abordagem cirúrgica, muitas vezes precedida por medidas paliativas e/ou provisórias como derivação urinária (exemplo: cateter suprapúbico) e fecal (exemplo: colostomia temporária), sobretudo em fases agudas ou associadas a infecção/peritonite (Medina et al., 2024). Na fase definitiva, o reparo cirúrgico pode implicar ressecção da parte fistulosa, sutura da bexiga e do reto, interposição de tecido vascularizado (como *flap* de gordura de Martius, músculo grácil ou glúteo) e, em alguns casos, abordagem combinada abdomino-perineal ou transanal (Incarbone et al., 2021; Kucera; Jezior; Duncan, 2017). Especificamente para relatos de trauma, foi enfatizado pela literatura a necessidade de planejamento individualizado, com equipe multidisciplinar e prevenção de complicações (Kucera; Jezior; Duncan, 2017; Medina et al., 2024). Por fim, a taxa de sucesso varia conforme etiologia (trauma *versus* radioterapia), estado do paciente e tempo de atraso entre diagnóstico e reparo (Benben et al., 2023; Hsu et al., 2023; Yan et al., 2020).

Neste contexto, a realização de um relato de caso referente ao manejo cirúrgico de uma fístula retovesical por trauma penetrante complexo justifica-se pela raridade da condição, pela complexidade de sua abordagem (que demanda coordenação entre urologia e cirurgia colorretal) e pela carência de dados robustos que orientem a melhor estratégia terapêutica em contexto traumático. Assim, documentar e analisar tal experiência prática contribui para ampliar o conhecimento sobre o diagnóstico, conduta e desfecho, apoiando o aprimoramento do manejo clínico-cirúrgico desta rara entidade clínica.



Objetivo

Relatar um caso único de fístula retovesical provocada por trauma penetrante complexo.

Método

O presente trabalho apresenta o relato de caso de um paciente de 16 anos vítima de trauma penetrante pélvico complexo, atendido e tratado pelo Serviço de Urologia do Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus (HUSF), localizado em Bragança Paulista, SP. A descrição foi elaborada mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido por parte do representante legal do paciente, e de termo de assentimento pelo próprio paciente, garantindo a preservação de sua confidencialidade e a não divulgação de informações que permitam sua identificação. Os dados utilizados foram exclusivamente obtidos do prontuário médico previamente arquivado no Serviço, sem a realização de novos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da HUSF e sua execução foi realizada após aprovação ética, em conformidade com as diretrizes e normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos (parecer consubstanciado número 8.058.595 de 15 de dezembro de 2025).

Relato do Caso

Trata-se de um paciente do sexo masculino de 16 anos de idade, procedente de zona rural, previamente hígido, sem comorbidades conhecidas e sem histórico cirúrgico. Ele foi inicialmente admitido, via referência, em um Serviço de urgência de nível terciário após um trauma penetrante na região anal. A principal queixa na admissão foi o extravasamento de líquido com aspecto urinário pelo ânus. Segundo relato do paciente e de seu acompanhante, o pai, o acidente ocorreu quando o adolescente sentou-se sobre a borda de um muro, que cedeu subitamente, expondo um vergalhão de ferro utilizado como sustentação da alvenaria, o qual penetrou a região retal. Aproximadamente quatro horas após o evento, o paciente foi transferido para um hospital terciário de referência.

Na admissão, encontrava-se lúcido, orientado e hemodinamicamente estável, com sinais vitais dentro dos limites da normalidade. Além disso, apresentava dor na região anal, associada a extravasamento contínuo de líquido com odor e aspecto compatíveis com urina. Ao exame físico, o paciente negava dor abdominal e não apresentava sinais de irritação peritoneal. A inspeção e o toque retal foram realizados mediante autorização do paciente e do responsável legal, que permaneceu presente durante todo o procedimento. A borda anal apresentava-se íntegra, sem sangramento ativo e sem achados sugestivos de violência sexual. Ao toque retal, identificou-se uma laceração de aproximadamente 4 cm, localizada a cerca de 7 cm da borda anal, na posição correspondente às 12 horas, associada à presença de corpos estranhos compatíveis com fragmentos de concreto. Observou-se, ainda, extravasamento moderado de líquido citrino.

Diante da estabilidade clínica inicial, optou-se pela realização de uma investigação propedêutica com exames laboratoriais e tomografia computadorizada do abdome e pelve com contraste, incluindo a fase excretora. Os exames laboratoriais não evidenciaram alterações relevantes e a tomografia revelou bexiga com contornos irregulares em seu aspecto pósterio-inferior, contendo focos gasosos e extravasamento de contraste para a cavidade pélvica e para o interior do reto, achado compatível com perfuração retal comunicando-se com a parede vesical. Identificaram-se, ainda, pequenos fragmentos hiperdensos na cavidade pélvica e no interior da bexiga, além de diminutos focos de retroperitônio entre o reto e a bexiga, associados à presença de pequena quantidade de líquido livre intraperitoneal.

Após a conclusão da propedêutica inicial, realizou-se uma discussão multidisciplinar entre as equipes de Cirurgia Geral e Urologia, sendo indicada uma abordagem cirúrgica por via laparotômica. O paciente e seu responsável foram devidamente esclarecidos quanto ao procedimento proposto, aos riscos envolvidos, às possíveis complicações e à probabilidade de necessidade de derivação temporária do trânsito intestinal.

No intraoperatório, foi adotada uma estratégia de atuação conjunta. A equipe de Cirurgia Geral realizou a avaliação transanal por meio de anoscopia e reparo da lesão retal, enquanto a equipe de Urologia realizou a abordagem abdominal por laparotomia infraumbilical, com o objetivo de corrigir a fístula urogenital e revisar a cavidade abdominal, a fim de excluir lesões adicionais não evidenciadas nos exames de imagem. Durante a anoscopia, realizada com o paciente em posição de litotomia sob anestesia geral, observou-se uma laceração profunda da mucosa anal, medindo aproximadamente 5 cm, localizada às 12 horas da borda anal. Além disso, foi realizada uma lavagem



com solução fisiológica a 0,9% para a retirada de pequenos fragmentos de concreto. O reparo da mucosa foi efetuado por sutura contínua, em plano único, com fio absorvível *vicryl 3-0*.

A abordagem abdominal não evidenciou lesões de alças intestinais nem sangramento ativo. Sendo assim, optou-se pela realização da técnica de bipartição vesical, também denominada vesicotomia sagital mediana, caracterizada pela abertura longitudinal da bexiga em toda a sua extensão anteroposterior. Essa técnica permite ampla exposição do trígono vesical, dos ureteres intramurais e da uretra proximal, sendo tradicionalmente indicada na correção de fístulas urogenitais complexas, em virtude da excelente visualização das estruturas pélvicas profundas.

A inspeção intravesical evidenciou fístula infratrígona de aproximadamente 2 cm, localizada próxima aos meatos ureterais direito e esquerdo. Optou-se, então, pela passagem intraoperatória de cateter duplo em J bilateral, com a finalidade de proteger os ureteres e facilitar a manipulação segura das estruturas adjacentes. Procedeu-se à excisão completa do trajeto fistuloso, com retirada de tecidos desvitalizados e fragmentos de concreto aderidos à parede vesical. O fechamento vesical foi realizado em dois planos, utilizando fio *vicryl 2-0*, seguido de interposição de epíplon entre a área reparada e o reto, como medida adjuvante para reduzir o risco de recorrência fistulosa. A equipe de Cirurgia Geral realizou ainda uma colostomia para derivação temporária do trânsito intestinal e exclusão do coto retal durante o processo de cicatrização. Além disso, foi mantido um cateter vesical de demora tipo Foley número 20, de duas vias, com previsão de permanência de quatro semanas.

No pós-operatório imediato, o paciente apresentou evolução satisfatória, recebendo alta hospitalar no quarto dia com ostomia funcionante, progressão adequada da dieta, retirada do dreno cavitário e manutenção do cateter vesical. No seguimento ambulatorial, manteve boa evolução clínica e após quatro semanas, realizou-se a retirada do cateter vesical, sem relato de sintomas urinários ou extravasamento de líquido pelo ânus. Doze semanas após o procedimento, foi realizada uma cistoscopia sob sedação, não sendo identificadas lesões vesicais residuais, ocasião em que os cateteres em duplo J foram retirados. Realizou-se também uma uretrrocistografia miccional retrógrada com instilação de contraste e documentação radiográfica seriada, que não evidenciou trajeto fistuloso entre a uretra ou a bexiga e o reto, conforme ilustrado na Figura 1.

Atualmente, o paciente encontra-se em acompanhamento conjunto com a equipe de Coloproctologia para programação de colonoscopia de controle, com expectativa de uma posterior reconstrução do trânsito intestinal.

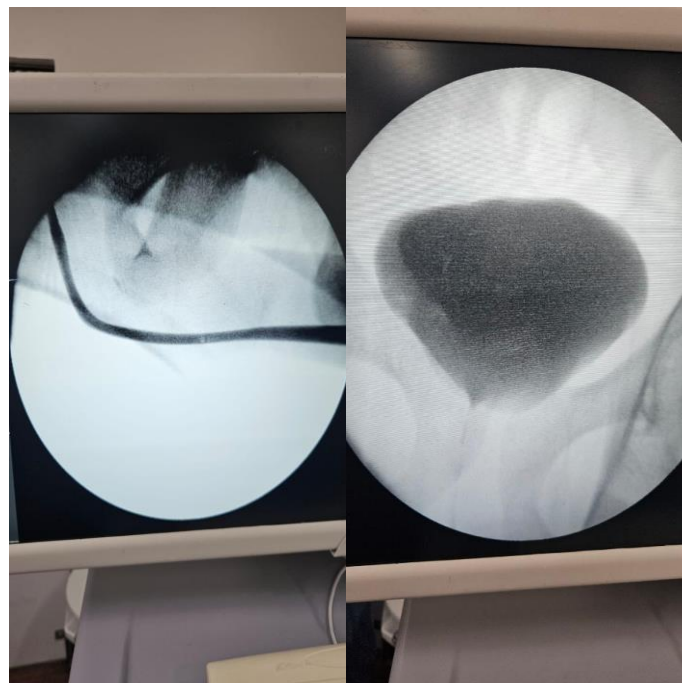


Figura 1: Esquerda: Trajeto de extensão uretral preenchido completamente pelo contraste. Direita: Bexiga urinária preenchida por contraste e sem extravasamento.

Fonte: Acervo do Serviço.



Discussão

A fístula retovesical representa uma comunicação anormal entre o reto e a bexiga urinária que compromete a separação anatômica habitual entre o trato digestivo e o trato urinário inferior, permitindo a passagem de conteúdo fecal, gás ou urina entre esses sistemas e resultando em sintomas característicos como pneumaturia, fecalúria, infecções do trato urinário e disfunção vesical ou intestinal (Sonoda, 2024). Essa condição tem etiologias variadas, incluindo trauma pélvico penetrante, procedimentos cirúrgicos pélvicos, radioterapia, doença inflamatória intestinal e neoplasias, sendo o trauma um mecanismo raro, porém complexo, de fistulização (Medina et al., 2023). O diagnóstico baseia-se em suspeita clínica e é confirmado por exames de imagem como tomografia computadorizada com contraste, cistografia, cistoscopia ou retossigmoidoscopia que caracterizam o trajeto fistuloso e avaliam estruturas adjacentes, informações essenciais para o planejamento terapêutico (Sonoda, 2024).

O tratamento definitivo geralmente envolve reparo cirúrgico da fístula, muitas vezes precedido por derivação temporária do trânsito intestinal e/ou urinário, com técnicas escolhidas segundo a localização, tamanho e etiologia da fístula, além das condições clínicas do paciente. A abordagem cirúrgica pode incluir ressecção do trajeto fistuloso, sutura das paredes vesical e retal e interposição de tecido vascularizado, com estratégia multidisciplinar sendo frequentemente necessária para otimizar resultados (Medina et al., 2023; Sonoda, 2024).

O caso relatado trata-se de um paciente masculino de 16 anos, previamente hígido, admitido em um Serviço terciário após trauma penetrante anal causado por um vergalhão de ferro, com queixa de extravasamento de líquido urinário pelo ânus. O paciente apresentava estabilidade hemodinâmica, dor anal e, ao exame físico, laceração retal associada à presença de corpos estranhos (fragmentos de concreto). A tomografia computadorizada com contraste evidenciou comunicação entre o reto e a bexiga, compatível com fístula retovesical traumática. Após discussão multidisciplinar, foi realizada uma abordagem cirúrgica conjunta pelas equipes de Cirurgia Geral e Urologia, com reparo transanal da lesão retal, correção da fístula por meio de bipartição vesical, excisão do trajeto fistuloso, sutura vesical em dois planos, interposição de epíplon e confecção de colostomia temporária, além de proteção ureteral com cateter duplo em J bilateral e manutenção de sonda vesical de demora. O paciente evoluiu de forma satisfatória no pós-operatório, sem recorrência da fístula aos exames de controle, encontrando-se em seguimento ambulatorial para futura reconstrução do trânsito intestinal.

A técnica de bipartição vesical utilizada neste caso, classicamente denominada “*O’Connor bivalving*”, consiste na realização de cistotomia sagital mediana com o objetivo de proporcionar ampla exposição da cavidade vesical e permitir o reparo direto da fístula (Chinthakanan; Sirisreetreerux; Saraluck, 2023). Em uma série envolvendo 25 pacientes com fístula vesicovaginal alta, a abordagem transabdominal associada à bipartição vesical e à interposição de epíplon resultou em sucesso na reparação em praticamente todos os casos, com exceção de uma paciente que apresentou complicações relacionadas à radioterapia prévia (Nesrallah; Srougui; Henrique, 1994). Em períodos mais recentes, essa técnica clássica passou a ser adaptada para abordagens minimamente invasivas no tratamento principalmente de fístulas vesicovaginais, com realização da cistotomia por laparoscopia, seguida de dissecação vesicovaginal, excisão do trajeto fistuloso e fechamento vesical, frequentemente associado à interposição de peritônio ou epíplon (Tobias-Machado et al., 2014). Essa abordagem mantém como principal vantagem a excelente exposição anatômica, possibilitando reparo preciso e fechamento vesical em dois planos, princípios descritos desde os primeiros relatos do método (Chinthakanan; Sirisreetreerux; Saraluck, 2023).

A maioria dos artigos clássicos sobre técnicas de reparo vesical concentra-se nas fístulas vesicovaginais, que constituem o cenário mais frequentemente descrito na literatura (Sonoda, 2024; Tobias-Machado et al., 2014). A extrapolação dessas técnicas para outros tipos de fístulas, como as fístulas vesicorretais ou aquelas secundárias a trauma, exige adaptação individualizada conforme a etiologia, a extensão da lesão e as condições locais dos tecidos, uma vez que há escassez de dados robustos e ausência de séries amplas especificamente voltadas para essas situações menos comuns (Sonoda, 2024).

Em publicações mais recentes, observa-se uma tendência crescente ao emprego de abordagens minimamente invasivas, incluindo técnicas laparoscópicas ou robóticas, que preservam os princípios fundamentais do reparo aberto tradicional, como ampla exposição anatômica, sutura em dois planos e interposição tecidual (Yang et al., 2025). Diversos relatos reforçam a recomendação de interposição de retalho vascularizado, como epíplon ou peritônio, entre a bexiga e o órgão adjacente



reparado, com o objetivo de reduzir o risco de recidiva fistulosa (Basatac; Cicek, 2015; Fayyad; Mourad, 2022; Medina et al., 2023, 2024; Rajaian; Pragatheeswarane; Panda, 2019)

Rajan e Pryianka (2021), relataram o caso de um menino de 10 anos que apresentou fecalúria, pneumatúria, eliminação de urina pelo reto e disúria por quatro dias após sofrer trauma contuso no períneo. Uma cistografia demonstrou extravasamento de contraste para o reto e uma ressonância magnética da pelve confirmou a presença de um trajeto fistuloso medindo 1,3 cm de espessura e 2,7 cm de comprimento, com comunicações entre a parede posterior da bexiga e a parede anterior do reto. Após 14 dias de tratamento conservador sem resolução do quadro, optou-se pela correção cirúrgica primária da fístula, associada à derivação fecal e urinária. O cateter suprapúbico foi removido após quatro semanas e, no seguimento de dois meses, realizou-se o fechamento da colostomia, sem evidência de recidiva durante seis meses de acompanhamento. Os autores destacaram que, em fístulas traumáticas de pequeno porte nas quais o tratamento conservador é ineficaz, a associação de derivação fecal e urinária constituía uma estratégia segura, com bons desfechos e menor risco de recorrência.

Kavirayani e colaboradores (2025), descreveram o caso de um adolescente que sofreu trauma penetrante no abdome inferior por um impacto de guidão de bicicleta, resultando em ruptura extraperitoneal da bexiga inicialmente tratada com sutura cirúrgica da lesão vesical. No pós-operatório, o paciente apresentou sinais sugestivos de fístula entre bexiga e o reto, evidenciada por cistouretrografia miccional que demonstrou comunicação com o reto, diagnóstico confirmado pela avaliação clínica e exames de imagem. Dada a formação da fístula retovesical, optou-se por manejo conservador com cateter Foley por tempos prolongados, sem necessidade de uma segunda intervenção cirúrgica imediata, permitindo cicatrização espontânea da fístula e resolução dos sintomas urinários e fistulosos, sem recorrência documentada durante o acompanhamento clínico.

Em comparação com o nosso caso, o relato de Rajan e Pryianka (2021) apresentou convergência quanto à faixa etária, à etiologia traumática e às manifestações clínicas típicas de fístula urinodigestiva, bem como ao uso de exames de imagem para confirmação diagnóstica e à necessidade de derivação fecal e urinária quando o tratamento conservador falha. Entretanto, difere pelo mecanismo de trauma contuso perineal, pela menor complexidade anatômica da fístula e pela tentativa inicial de manejo conservador, enquanto o nosso caso decorreu de trauma penetrante anal, com lesões mais extensas e corpos estranhos, exigindo abordagem cirúrgica imediata com bipartição vesical e interposição de epíplon. Já o caso descrito por Kavirayani et al. (2025), compartilha a origem traumática e o desfecho favorável sem recidiva, porém diverge quanto ao mecanismo do trauma, à ausência de lesão retal primária e à condução terapêutica, uma vez que a fístula retovesical foi tratada exclusivamente de forma conservadora com cateter vesical prolongado, contrastando com a necessidade de tratamento cirúrgico combinado e derivação intestinal no nosso paciente, refletindo maior gravidade e complexidade do quadro apresentado.

Conclusão

A técnica de bipartição da bexiga constitui uma abordagem eficaz e segura para a correção de fístulas urogenitais traumáticas de alta complexidade, especialmente nos casos associados a lesões penetrantes, trajetos extensos, envolvimento retal e presença de corpos estranhos. Sua principal vantagem reside na ampla e direta exposição anatômica do triângulo vesical, uretra proximal e estruturas adjacentes, permitindo a identificação precisa do trajeto fistuloso, excisão completa do tecido comprometido, fechamento vesical em múltiplos planos e interposição de retalho vascularizado, fatores diretamente relacionados à redução das taxas de recorrência. Em consonância com os casos comparados, observou-se que, embora o manejo conservador possa ser eficaz em fístulas traumáticas pequenas e de baixa complexidade, situações mais graves exigem abordagem cirúrgica imediata e multidisciplinar. Por fim, quando executada de acordo com os princípios da cirurgia reconstrutiva, associada à derivação urinária e fecal adequadas e a um pós-operatório cuidadosamente conduzido, a bipartição vesical oferece elevados índices de sucesso anatômico e funcional, com evolução clínica favorável e baixa morbidade.

Referências

AMU, Okwudili Calistus *et al.* Spontaneous Rectovesical Fistula Secondary to Castration-resistant Prostate Cancer. **Nigerian Journal of Medicine**, v. 32, n. 5, p. 548, out. 2023.
BASATAC, Cem; CICEK, Mehmet Cagatay. Vesicocutaneous fistula treatment by using omental flap interposition. **Journal of Surgical Case Reports**, v. 2015, n. 2, p. rjv004, 14 fev. 2015.



- BENBEN, Alexander *et al.* Mature rectovesical fistula after salvage cryotherapy; A rare complication following treatment for locally advanced prostate cancer. **Urology Case Reports**, v. 51, p. 102585, 19 out. 2023.
- CHINTHAKANAN, Orawee; SIRISREETREERUX, Pokket; SARALUCK, Apisith. Vesicovaginal Fistulas: Prevalence, Impact, and Management Challenges. **Medicina**, v. 59, n. 11, p. 1947, 3 nov. 2023.
- FAYYAD, Abdalla; MOURAD, Sherif. Vaginal Repair of Post-Hysterectomy vesicovaginal fistula (VVF) with Peritoneal Interposition Flap. 2022.
- HSU, Ming-Wei *et al.* Management of Enterovesical Fistula in a Patient with Crohn's Disease: A Case Report and Literature Review. **Diagnostics (Basel, Switzerland)**, v. 13, n. 9, p. 1527, 24 abr. 2023.
- INCARBONE, Giacomo Piero *et al.* Repair of a rectovesical fistula following laparoscopic radical prostatectomy with Martius fat pad flap interposition: a proposal of a new technique. **Turkish Journal of Urology**, v. 47, n. 1, p. 81-85, jan. 2021.
- KAVIRAYANI, Vaishnavi *et al.* Penetrating Bladder Trauma Leading to a Rectovesical Fistula: A Rare Complication of Bicycle Handlebar Injury in a Paediatric Patient. **Journal of Indian Association of Pediatric Surgeons**, v. 30, n. 6, p. 794-796, 2025.
- KUCERA, Walter B.; JEZIOR, James R.; DUNCAN, James E. Management of Post-Traumatic Rectovesical/Rectourethral Fistulas: Case Series of Complicated Injuries in Wounded Warriors and Review of the Literature. **Military Medicine**, v. 182, n. 3-4, p. e1835-e1839, 1 mar. 2017.
- MEDINA, Luis G. *et al.* Minimally Invasive Management of Post-treatment Rectovesical Fistulae. **Journal of Endourology**, v. 37, n. 2, p. 185-190, fev. 2023.
- MEDINA, Luis G. *et al.* Robotic management of urinary fistula. **Asian Journal of Urology**, Robotic reconstructive surgery: The time has arrived. v. 11, n. 3, p. 357-365, 1 jul. 2024.
- NESRALLAH, Luciano João; SROUGUI, Miguel; HENRIQUE, Aquiles. Correção de fístulas vésico-vaginais pela técnica de bipartição vesical. **Rev. bras. ginecol. obstet**, p. 189-92, 1994.
- RAJAIAN, Shanmugasundaram; PRAGATHEESWARANE, Murugavaithianathan; PANDA, Arabind. Vesicovaginal fistula: Review and recent trends. **Indian Journal of Urology: IJU: Journal of the Urological Society of India**, v. 35, n. 4, p. 250-258, 2019.
- RAJAN, Yadavalli R. D.; PRIYANKA, Chandana. A Case of Rectovesical Fistula Following Blunt Trauma in a Child. **Cureus**, v. 13, n. 10, p. e18931, 2021.
- SHAMOON, Dema *et al.* A Rare Case of Rectovesical Fistula Originating From Urothelial Carcinoma of the Bladder. **Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG**, v. 117, n. 10S, p. e1498, out. 2022.
- SONODA, Toyooki. Rectovaginal and rectovesical fistulae. *In*: SHUKLA, Parul J.; MOMOSE, Kota; MILSOM, Jeffrey W. (Orgs.). **Appendix, Colon, and Rectum. [S.l.]**: Oxford University Press, 2024. p. 0.
- TOBIAS-MACHADO, Marcos *et al.* Laparoscopic Treatment of Vesicovaginal Fistula. **International braz j urol**, v. 40, p. 435-436, 2014.
- YAN, Shunli *et al.* Conservative treatment of rectovesical fistula after leakage following laparoscopic radical resection of rectal cancer. **The Journal of International Medical Research**, v. 48, n. 4, p. 300060520914835, abr. 2020.
- YANG, Yang *et al.* Robot-assisted vesicovaginal fistula repair with "Rainbow-shaped" peritoneal flap: a single-center experience. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 311, n. 6, p. 1697-1703, 1 jun. 2025.