

"MÉTODO PARA DIMINUIR AS FÍSTULAS NAS PERITONEOSTOMIAS"**Method useful to reduce fistulas in peritoneostomies**

Buseti, José Henrique *
Speranzini, Mânlio Basílio **
Castro Lima, José Thales ***
Modena Jr., Arnaldo Casadio ****
Alfabet, Charles *****
Pires, Silvio da Ressurreição *****

RESUMO: Os autores descrevem um método simples de curativos que na presença de peritoneostomias, mostra-se eficaz na prevenção das fistulizações, as quais muito ensombressem o prognóstico de tais pacientes, e concluem que o método é muito eficiente quando os curativos são realizados rigorosamente da maneira como foi relatado.

UNITERMOS: Peritonite, deiscência de parede abdominal, abscesso de parede abdominal.

SUMMARY: The authors describe a simple method of curatives, useful in the peritoneostomy, are effective in the prevention of the fistulas, which reduce the prognosis of the patients, and conclude who the is a much effective method when the curaatives was make rigorous how were describe.

KEYWORDS: Peritonitis, wall abdominal dehiscence, wall abdominal abcess.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos o grande aumento dos acidentes automobilísticos, da violência urbana, do desenvolvimento dos recursos hospitalares no transporte e manutenção de politraumatizados nas Unidades de Terapia Intensiva, propiciaram o surgimento de lesões e métodos terapêutico-cirúrgicos antes não conhecidos.

Graças a esses procedimentos, pacientes gravemente enfermos, que antes sucumbiam nos primeiros dias de tratamento, agora têm a sua sobrevida aumentada, mas, dando margem ao aparecimento de complicações que requerem novos métodos de acompanhamento, assim como, muitas vezes, a realização de várias cirurgias para que essas complicações possam ser sanadas.

Entre as complicações freqüentes nos traumatismos abdominais ou tóraco-abdominais, encontra-se o paciente, que nas Unidades de Terapia Intensiva, teve que ser operado várias vezes, utilizando-se a mesma incisão abdominal. Após a primeira, segunda ou mais freqüentemente a terceira intervenção cirúrgica, a ferida operatória é acometida por um processo infeccioso, que culmina proporcionando a deiscência de algumas ou todas as camadas da incisão, e nesse último caso expondo as

vísceras abdominais. Em decorrência dessa exposição, da dessecação por evaporação, dos traumatismos que os curativos impõem às vísceras e da infecção instalada, surgem as fistulizações das alças intestinais (1).

A presença dessas fistulas eliminando as secreções do tubo digestivo para o exterior, e o flegmão da parede que as mesmas proporcionam, ensombressem muito o prognóstico desses pacientes.

Para tentar-se diminuir o índice de fistulizações que quase sempre acontecem, em razão dos fatores traumáticos já explicados, desenvolveu-se um método na realização de curativos nesses pacientes com peritoneostomias. Esses curativos, em geral, ao entrar em contato com as alças intestinais propiciam menor atrito e aderência às mesmas, diminuindo, por conseguinte, as fistulizações.

Este método está sendo usado há quatro anos na Clínica Cirúrgica do Hospital Arthur Ribeiro de Saboya (SP), nos pacientes com peritoneostomias, proporcionando uma redução significativa na formação das fistulas das vísceras ocas, e mostrando-se um procedimento de utilidade real na prevenção das mesmas.

* Médico assistente do Serviço de Cirurgia (setores de Cirurgia Geral e Torácica), do Hospital Dr. Arthur Ribeiro de Saboya - S.P. Especialista em Cirurgia Geral pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões - ACBC. Professor responsável pela Disciplina de Anatomia Descritiva e Cirúrgica, do Departamento de Morfologia e Fisiologia da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC - S.P. Membro efetivo da Sociedade Brasileira de Anatomia - SBA.

** Professor titular da Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC - S.P. Professor adjunto e livre-docente do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP.

*** Médico assistente da Clínica Cirúrgica, Divisão III, do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP.

**** Chefe da Clínica Cirúrgica do Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya.

***** Alunos do quinto ano médico da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC - S.P. Monitores da Disciplina de Anatomia Descritiva e Cirúrgica.

MATERIAL E MÉTODO

Nas peritoneostomias estando as vísceras abdominais expostas, procede-se à confecção do curativo sobre as mesmas, o qual é preparado em camadas, na seguinte seqüência:

1 — Lavagem cuidadosa e delicada da parede abdominal e das vísceras expostas com soro fisiológico (figs. 1 e 2).

2 — Aplicação sobre as vísceras de duas camadas de morim vaselinado ou açúcar (fig. 3).

3 — Colocação sobre o morim ou açúcar de duas a três camadas de gases secas.

4 — Sobre as gases secas e atingindo toda a extensão da incisão, recobrimo inclusive as margens da mesma, coloca-se uma folha de papel de celofane ou plástico transparente. Esta folha de plástico ou celofane é fixada com esparadrapo ou "micropore"[®] na pele abdominal (figs. 4 e 5).

5 — Cobertura do celofane (ou plástico), com uma camada espessa de gases ou chumaço das mesmas e fixação dessas gases à pele com fitas adesivas ou enfaixando-se o abdome.

A aplicação de morim vaselinado ou açúcar sobre as vísceras expostas depende do fato de haver ou não infecção local. Quando essa está presente, opta-se pela colocação de açúcar após a lavagem com soro fisiológico, em caso contrário, apõe-se as duas camadas de morim vaselinado.

RESULTADOS

O método apresentado foi utilizado em um grande número de pacientes, tanto durante o seu processo de idealização e desenvolvimento, quanto após o mesmo. Mostrou-se sempre eficaz em prevenir as fistulizações e na realidade, quando o curativo foi feito corretamente, o índice das mesmas reduziu-se a zero.

Para esta pesquisa, tomou-se ao acaso 23 pacientes adultos de ambos os sexos, que tiveram infecção de parede abdominal e deiscência da mesma, motivada por complicações de cirurgias abdominais como: fístulas estercoreáceas, abscessos intracavitários únicos ou múltiplos, fístulas bilio-pancreáticas, além de infecção isolada da parede ântero-lateral do abdome.

No sexo feminino todas as infecções e deiscências foram motivadas por complicações de procedimentos obstétrico-ginecológicos, enquanto no sexo masculino predominaram as seguintes complicações: fístulas estercoreáceas, sepse após pancreatite grave e os abscessos intraperitoneais.

As causas responsáveis pela cirurgia inicial desses pacientes foram discriminadas na tabela 1, enquanto que o número de pacientes estudados em relação ao seu sexo encontram-se na tabela 2, e

quando se compara os dados desta tabela verifica-se que a peritoneostomia foi necessária 6 vezes mais no sexo masculino em relação ao feminino.

No decurso do tratamento com peritoneostomia, nesses pacientes, surgiu uma fistula em um paciente que tinha recebido alta tendo retornado com a fistula. No interrogatório do mesmo verificou-se que sobre o curativo o paciente usava uma cinta abdominal, a qual mantinha muito apertada, e devido a essa compressão, produziu-se uma área de isquemia com uma escara em um segmento de alça intestinal delgada, que posteriormente fistulizou, tendo este paciente sido tratado com a ressecção do segmento fistuloso e colocação na parede de tela de marlex[®], evoluindo para a cura.

Na verificação dos demais pacientes, contudo, todas as vezes que o curativo foi feito da maneira preconizada, a evolução foi plenamente favorável, não havendo fistulizações, e obtendo-se tempo para se preparar a parede abdominal para receber uma tela de marlex[®] ou eventualmente um enxerto de pele, sobre o tecido de granulação formado.

COMENTÁRIOS

As infecções da parede ou intra-abdominais situam-se atualmente entre as complicações pós-operatórias mais freqüentes. Elas podem ser inerentes às cirurgias, decorrerem da contaminação de focos à distância ou ainda do ambiente hospitalar (1-2-14).

Sabe-se que constituem fatores predisponentes: a infecção da parede abdominal prévia, os defeitos de técnica cirúrgica, como ligaduras e hemostasias mal feitas, as suturas que deixam espaços mortos, nos quais se acumulam serosidades e sangue, os seromas e os hematomas (11), estes últimos também decorrentes de coagulopatias muitas vezes motivadas por septicemia, a presença de tecidos desvitalizados englobados na incisão, retardo na cicatrização dos tecidos motivado por corpos estranhos, radioterapia local, corticóides, drogas antineoplásicas (5-fluoro-uracil, ciclofosfamida, actinomicina D, mostarda nitrogenada e metotrexate), que inibem a síntese protéica (10-11-12). Contribuem também para os defeitos da cicatrização, a idade avançada, estados de uremia, diabetes, doenças consumptivas e desnutrição acentuada (15-16-17).

A dor excessiva na ferida cirúrgica é um sinal precoce de infecção, particularmente nas causadas por germes Gram-negativos, sendo geralmente seguida por induração, eritema, flutuação e drenagem purulenta (14).

As infecções da parede abdominal, muitas vezes respeitam o plano músculo-aponeurótico não ocasionando a exposição de alças intestinais e outros órgãos cavitários (13-18).

Algumas vezes, a infecção provém da cavidade peritoneal e exterioriza-se através da incisão cirúrgica.

gica, levando o cirurgião a reintervir no paciente; e a parede contaminada pelos germes, infecta-se posteriormente, ocasionando a deiscência de todos os planos suturados, assim como, possibilitando que se asseste uma infecção vigorosa que vai destruindo pouco a pouco, o tecido celular subcutâneo, as fâscias, aponeuroses e músculos. Nesta eventualidade, quando a infecção é debelada, isso geralmente após um mínimo de duas semanas, as margens da incisão abdominal ficaram tão destruídas que não podem mais serem aproximadas, havendo como resultado a exposição das vísceras peritoneais (3-4).

O próprio cirurgião, em alguns casos, deixa a parede abdominal deliberadamente aberta, fazendo assim uma peritoneostomia. Essa incisão geralmente é mantida aberta em decorrência de processos sépticos intra-abdominais, fístulas e necroses, onde o cirurgião já prevê, que uma única intervenção não será suficiente para debelar o processo infeccioso e/ou necrótico.

As infecções, sejam da própria parede ou o resultado de coleções intra-peritoneais que se exteriorizam pela incisão operatória, podem provocar a deiscência da parede e a formação espontânea e progressiva da peritoneostomia. Outras vezes, contudo, o cirurgião poderá elaborá-la na tentativa de que esta seja um recurso adjuvante no tratamento da sepse abdominal (5-6-7-8-9).

Quando as alças do intestino delgado e o colo transversal ficam expostos ao meio externo, ocorre dessecação das mesmas, através do mecanismo de evaporação para o meio ambiente, produzindo uma certa rigidez e ressecamento na camada serosa das mesmas, formando-se escarificações com grande facilidade.

A limpeza e a lavagem da incisão durante a feitura de curativos, produzem normalmente algum grau de escarificação das alças intestinais expostas.

Aliando-se à dessecação por evaporação, às escarificações durante a realização dos curativos, ou ao manuseio das alças durante as reoperações, as gases, que são colocadas sobre as alças expostas aderem nas mesmas, e quando são retiradas para se fazer outro curativo deixam uma superfície cruenta e sangrante.

Com as trocas subseqüentes de curativos, durante o tratamento do processo infeccioso e/ou necrótico da parede e/ou intra-abdominal, ocorre uma injúria tal das alças intestinais, que quase sempre ao fim de alguns dias de tratamento, instala-se uma ou mais fístulas das alças intestinais com o meio ambiente, através da incisão cirúrgica.

Na ocorrência dessas fístulas, o tratamento é grandemente dificultado, pois as secreções intestinais derramam para o meio externo através da incisão, banhando outras alças e a própria parede

abdominal. Com isso surgem as serosites, o flegmão da parede abdominal, a corrosão e maceração da pele e a instalação de um intenso processo inflamatório local (11).

O estado geral do paciente piora rapidamente e ele se torna séptico, além de quase sempre ocorrer desequilíbrios hidroeletrólíticos e ácido-básicos, em virtude das secreções perdidas. Os curativos tornam-se embebidos pelas mesmas e auxiliam a manter a maceração e a inflamação local.

Na tentativa de se diminuir as fistulizações nos pacientes que têm peritoneostomias, idealizou-se um zíper que é suturado na parede abdominal e fecha a incisão, a qual poderá ser aberta quando conseqüentemente esse zíper for aberto, expondo as estruturas intra-peritoneais e possibilitando múltiplas intervenções cirúrgicas, sem haver muitos danos à parede e às vísceras. Esse material, contudo, apesar de ser um valioso recurso terapêutico, é relativamente caro, encontrando-se no momento em nosso meio, com certa dificuldade, o que impede a maioria dos serviços cirúrgicos de contar com essa excelente prótese (19-20).

Para simplificar os custos, e obter-se o material com certa facilidade, idealizou-se o curativo em camadas como foi explicado na descrição de material e método. Esse curativo é razoavelmente fácil de ser realizado, de baixo custo, podendo ser trocado várias vezes ao dia e produzindo uma diminuição significativa na formação das fistulas nos pacientes peritoneostomizados, assim como, possibilita um controle mais adequado nos processos infecciosos da parede abdominal.

A camada dupla ou tripla de gases secas logo após o morim vaselinado ou o açúcar, tem a função de absorver o excesso de vaselina ou de glicose que se desprende.

A lâmina de papel de celofane ou de plástico impedem a dessecação, a aderência nas alças e a conseqüente escarificação das mesmas. As gases sobre o celofane ou plástico absorvem os excessos de líquidos que eventualmente venham a ser drenados. Assim confeccionado, o curativo mostrou-se eficiente em diminuir as fistulizações, tendo sido usado em cada paciente até a completa formação de tecido de granulação, o qual preenche e une os espaços superficiais entre as alças, fechando lentamente a abertura da peritoneostomia. Em outros pacientes, o curativo foi utilizado até que o processo infeccioso da parede estivesse controlado e a peritoneostomia pudesse ser fechada pela colocação de uma tela de "marlex"[®]. Mesmo nesses pacientes que foram submetidos ao implante da tela de "marlex"[®], continuou-se a empregar os mesmos curativos, até que houvesse a formação de tecido de granulação, sobre toda a extensão da tela, ou que a mesma sofresse rejeição e necessitasse ser retirada, deixando então, sob o seu leito tecido de granulação neoformado.

Tendo-se tratado um número considerável de pacientes com esse curativo, observou-se que algumas fístulas surgiram na vigência do tratamento, todavia, quando os mesmos foram melhor investigados, concluiu-se que em todos os casos nos quais as mesmas apareceram, o curativo não foi feito adequadamente. Assim, por exemplo: a colocação de morim vaselinado quase seco, que proporciona maior coeficiente de atrito. A aposição de muitas camadas de gases secas sobre o morim vaselinado ou o açúcar, as quais absorvem totalmente o líquido (vaselina ou glicose), possibilitando as aderências e as escarificações das alças com o surgimento das fístulas.

CONCLUSÕES

Levando-se em conta os quatro anos nos quais o curativo está sendo usado na Clínica Cirúrgica do Hospital Dr. Arthur Ribeiro de Saboya (SP), e do número de pacientes nos quais foi aplicado, obteve-se uma experiência razoável acerca da sua melhor maneira de confecção. Analisou-se no decorrer desse período pormenorizadamente as fístulas surgidas, chegando-se à conclusão de que o método foi de grande valia em todos pacientes onde o curativo foi feito adequadamente. Nesses, as fístulas não apareceram, além do que, este método de curativos foi de baixo custo e de fácil execução, quando comparado com outros processos oclusivos semelhantes.

TABELA 1 — CAUSAS RESPONSÁVEIS PELA CIRURGIA INICIAL DOS PACIENTES.

Doença primária	Número de pacientes
Politraumatizados.	7 (30,43%)
Pancreatite grave	4 (17,39%)
Ferimento por projétil de arma de fogo (FAF)	3 (13,04%)
Procedimentos obstétricos e ginecológicos	3 (13,04%)
Ingestão de ácido ou cáustico	2 (8,69%)
Hemicolectomia direita	1 (4,34%)
Abdome agudo obstrutivo	1 (4,34%)
Abdome agudo perfurativo	1 (4,34%)
Apendicite aguda	1 (4,34%)
Total	23 (100%)

TABELA 2 — PERITONEOSTOMIA EM RELAÇÃO AO SEXO.

Sexo	Número de pacientes
Masculino	20 (86,95%)
Feminino	3 (13,05%)
Total	23 (100%)

6,66 homens para 1 mulher.



Fig. 1 — Peritoneostomia com exposição das seguintes vísceras: A - estômago, B - colo transverso, C - alças de intestino delgado, recobertas parcialmente com tecido de granulação.

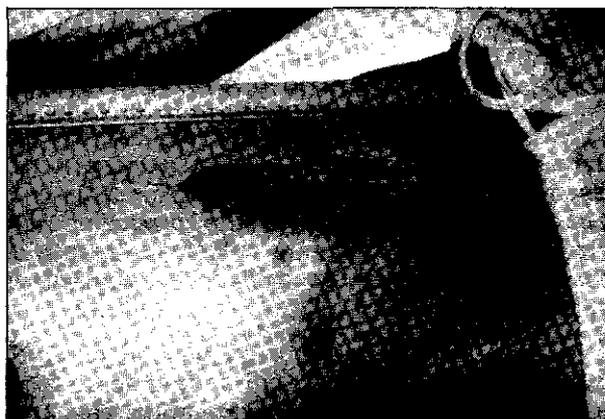


Fig. 2 — Peritoneostomia com exposição de alças de intestino delgado (A).

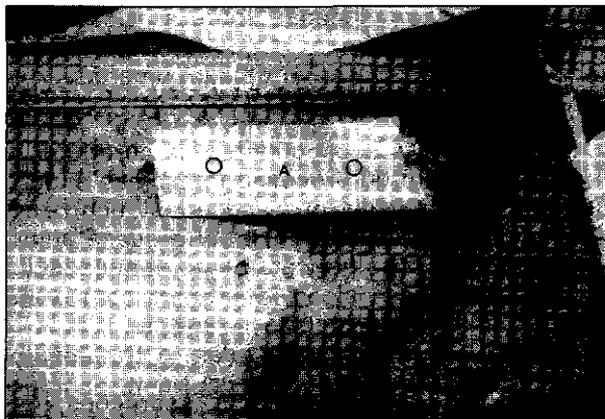


Fig. 3 — Cobertura da peritoneostomia com morim vaselinado (A).

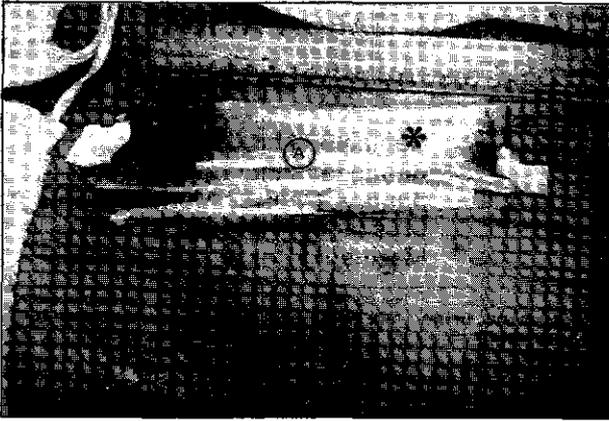


Fig. 4 — Cobertura do morim vaselinado e das camadas de gases secas com papel de celofane (A), e sua fixação à pele.

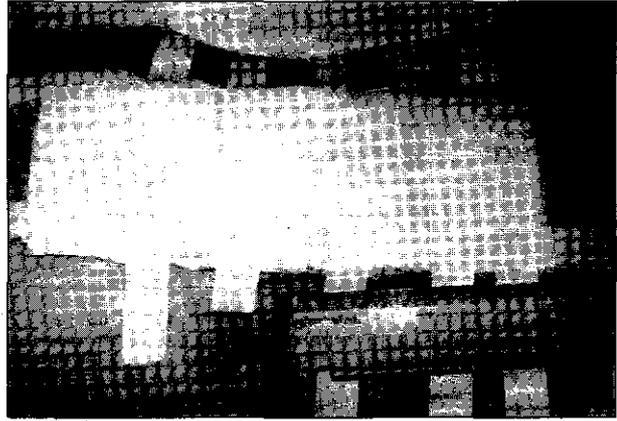


Fig. 5 — Cobertura do papel de celofane com várias camadas de gases secas e sua fixação na pele.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 — BIROLINI, D.; OLIVEIRA, M. R. — **Cirurgia do Trauma**, Rio de Janeiro, Atheneu, 1985.
- 2 — BROWN, G. L.; RICHARDSON, D.; MALANGONI, M. A.; TOBIN, G. R.; ACKERMAN, D.; POLK, H. C. — Comparison of Prosthetic Materials for abdominal wall Reconstruction in the Presence of Contamination and infection. **Ann. Surg.** 201(6): 705-711, 1985.
- 3 — BUSETTI, J. H.; GALVES, J. F.; CASTRO LIMA, J. T.; OLIVEIRA, M. M.; WATANABE, N. Y.; SILBERSCHMIDT, N. — Lesões Traumáticas de Duodeno, Vias Biliares, Pâncreas e Baço. **JBM.** 49: 113-136, 1985.
- 4 — BUSETTI, J. H.; CASTRO LIMA, J. T. — Traumatismos Abdominais. IN: Bakonyi Neto, A.; Castro Lima, J. T. — **Condutas no Trauma**, 1.ª ed., Rio de Janeiro, Epume, 1986.
- 5 — BUSETTI, J. H. — Traumatismo do Duodeno. IN: Bakonyi Neto, A.; Castro Lima, J. T. — **Condutas no Trauma**, 1.ª ed., Rio de Janeiro, Epume, 1986.
- 6 — BUSETTI, J. H. — Traumatismo de Pâncreas. IN: Baconyi Neto, A.; Castro Lima, J. T. — **Condutas no Trauma**, 1.ª ed., Rio de Janeiro, Epume, 1986.
- 7 — BUSETTI, J. H.; WATANABE, N. Y.; GALVES, J. F. — Traumatismos Pancreaticoduodenais. IN: Baconyi Neto, A.; Castro Lima, J. T. — **Condutas no Trauma**, 1.ª ed., Rio de Janeiro, Epume, 1986.
- 8 — BUSETTI, J. H.; BACONYI NETO, A. — Traumatismos de Vias Biliares Extra-Hepáticas. IN: Baconyi Neto, A.; Castro Lima, J. T. — **Condutas no Trauma**, 1.ª ed., Rio de Janeiro, Epume, 1986.
- 9 — BUSETTI, J. H.; Traumatismo de Baço. IN: Baconyi Neto, A.; Castro Lima, J. T. — **Condutas no Trauma**, 1.ª ed., Rio de Janeiro, Epume, 1986.
- 10 — BUSETTI, J. H.; SPERANZINI, M. B.; FREIRE, P.; QUINTAS, M.; FREITAS, J. P. A.; RODRIGUES Jr., A. J. — Implante Espontâneo de Tecido Esplênico Após Rotura Traumática do Baço. Relato de Um Caso de Esplenose. **Arq. Gastroenterol** 23(1): 36-41, 1986.
- 11 — BUSETTI, J. H.; FREIRE, P. — Complicações Pós-Operatórias Gerais. IN: Speranzini, M. B.; Oliveira, M. R. — **Manual do Residente de Cirurgia**, 3.ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1988.
- 12 — BUSETTI, J. H.; SPERANZINI, M. B.; MELLO, M. P. — Esplenose: Aspectos Históricos e Características de Sua Formação. **Arq. Med. ABC.** 10(1-2): 12-14, 1987. (IMLA).
- 13 — CHAMPAULT, G.; BOUTELIER. — Peut-On Réduire L'Incidence des Suppurations Pariétales en Chirurgie Abdominale? **Chir.** 110: 743-752, 1984.
- 14 — CONDON, R. E.; NYHUS, L. M. — **Manual de Terapêutica Cirúrgica**. Rio de Janeiro, Medsi, 1982.
- 15 — GAMMELAND, N.; JENSEN, J. — Wound Complications After Closure of Abdominal Incisions with "Dexon" or "Vicryl". **Acta Chir. Scand.** 149: 505-508, 1983.
- 16 — KATZ, P. G.; CRAWFORD, J. P.; HACLER, R. H. — Infected Suture Granuloma Simulating Mass os Urachal Origin: Case Report. **Jour Urol.** 135: 782-783, 1986.
- 17 — Khan, M. A.; BROWN, J. L.; LOGAN, K. V.; HAYES, R. I. — Suture Contamination by Surface Powders on Surgical Gloves. **Arch. Surg.** 118(6): 738-739, 1983.
- 18 — RASSLAN, S. — **Afecções Cirúrgicas de Urgência**. São Paulo, Panamed, 1985.
- 19 — WALSH, G. L.; CHIASSON, P.; HEDDERICH, G.; WEXLER, M. J.; MEAKINS, J. M. O Abdome Aberto. Tela de Marlex e Técnica com "Zipper": Método para tratar a Infecção Intra-peritoneal. **Clínica Cirúrgica da América do Norte.** 1: 27-43, 1988.
- 20 — UTIYMA, E. M.; FONTES, B.; MORI, N. D.; AKAISHI, E. H.; BEVILACQUA, R. G. Utilização do Zíper no fechamento temporário da parede abdominal em reoperações programadas. **Mural do XVIII Congresso Brasileiro de Cirurgia. Rev. Col. Bras. Cir.** 15(2): 198, 1988.

Endereço para Correspondência:

Dr. José Henrique Buseti.
 Disciplina de Anatomia
 Faculdade de Medicina da Fundação do ABC
 Av. Príncipe de Gales s/n.º - CEP 09000 - Santo André - São Paulo - Brasil