

Reflexões sobre o abdome aberto

Reflections on the open abdomen

DOMINGOS ANDRÉ FERNANDES DRUMOND, TCBC-MG¹.

A Cirurgia de Controle de Danos exigiu do cirurgião mudança de paradigma, que antes era voltado para o tratamento definitivo das lesões e fechamento da cavidade abdominal a todo custo. A síndrome de compartimento abdominal, pouco valorizada e tardiamente reconhecida até então, certamente foi o fator catalisador da má evolução de muitos pacientes vítimas de trauma. O fato de deixar o abdome aberto na cirurgia de controle de danos reascendeu a importância da síndrome de compartimento e amenizou o impacto dessa ocorrência. É o lado bom da história.

O controle de danos, feliz expressão cunhada por Rotondo *et al.*¹, em 1993, e obtida por empréstimo da marinha americana, foi visto como recurso simples, realizado por qualquer cirurgião, em qualquer hospital. A partir dos resultados e da experiência documentada, vemos que não é bem assim. Controle de danos e abdome aberto não é decisão tão simples como parece. Entramos na fase adulta, amadurecida, da realização destes procedimentos, mas há muito aprendizado pela frente.

É inegável a importância do controle do sangramento hepático através da estratégia de ancorar o fígado com compressas. Também é compreensível ser rápido no controle do sangramento e da contaminação do paciente agônico. O benefício das laparotomias estagiadas também parece claro nos pacientes instáveis, com múltiplas lesões e tempo cirúrgico demasiadamente prolongado para corrigir todas as lesões definitivamente.

Lamentavelmente, o leque das indicações da cirurgia estagiada e abdome aberto tem aumentado. Por razões outrora não vistas, interrompe-se a operação para finalizá-la depois. Não é fácil seguir o protocolo da cirurgia de controle de danos/laparostomia: há muita subjetividade na indicação do procedimento. A documentação laboratorial e monitorização são, costumeiramente, aquém do desejável. O cirurgião decide interromper o

procedimento, não porque ele não consegue executá-lo, mas por motivos muitas vezes pouco consistentes.

Controle de danos/laparostomia não é estratégia de fácil decisão. Como se não bastasse a gravidade dos casos, o sucesso do tratamento depende do desempenho da equipe cirúrgica, do envolvimento do anestesiológico e do intensivista. Depende também de recursos materiais e, como uma orquestra, há um sistema que envolve profissionais imbuídos do propósito de executar, com maestria, complexa sinfonia.

Esses pacientes não suportam equívocos e improvisações. A janela para o tratamento definitivo, quando se abre, é de intervalo curto. Senão, a resposta inflamatória toma conta do cenário e compromete o resultado cirúrgico definitivo. Quando não se consegue o fechamento convencional do abdome no quarto estágio do procedimento de controle de danos (cirurgia definitiva), inicia-se uma tarefa difícil e penosa que constitui em se manter sob proteção as vísceras e a própria parede abdominal, por meio de recursos nem sempre os mais adequados.

A bolsa de Bogotá não deve ser recurso exclusivo para o abdome aberto. Ela se presta para o fechamento alternativo entre o segundo e quarto estágios. A partir desse momento, uma vez o abdome sem o fechamento definitivo, deve-se empregar curativo com pressão negativa sempre que possível. É o mais razoável.

A fístula êntero-atmosférica é complicação grave da laparostomia. Seu tratamento é difícil, por vezes, desafiador. Alças intestinais sem a proteção natural da parede abdominal ficam vulneráveis à perfuração por uma série de razões e é com a bolsa de Bogotá a condição em que a fístula tem maior incidência. Não menos difíceis de tratar são as demais complicações do abdome aberto: obstrução intestinal, abscessos, fístulas intestinais, hérnias incisionais.

1 - Serviço de Cirurgia Geral e do Trauma do Hospital João XXIII da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Como não poderia deixar de ser, a morbimortalidade é significativa nos pacientes com múltiplas lesões, admitidos em estado crítico. O que preocupa, de fato, é a banalização da estratégia operatória e o fato de se interromper a cirurgia abdominal sem a devida avaliação das consequências dessa decisão.

Estamos diante de uma nova iatrogenia no trauma?

Nos serviços de trauma parece oportuno rever protocolos sobre laparotomia abreviada e alertar aos ci-

rurgiões de que nem tudo ainda conhecemos sobre o abdome aberto.

REFERÊNCIAS

1. Rotondo MF, Schwab CW, McGonigal MD, Phillips GR 3rd, Fruchterman TM, Kauder DR, et al. 'Damage control': an approach for improved survival in exsanguinating penetrating abdominal injury. *J Trauma*. 1993;35(3):375-82; discussion 382-3.