

Nova técnica para o fechamento dinâmico da parede abdominal

New technique for dynamic closure of the abdominal wall

FABIO KAMAMOTO¹; BERNARDO NOGUEIRA BATISTA²; FLAVIO TOKESHI³

R E S U M O

Os avanços nos cuidados com o paciente traumatizado e com infecções abdominais graves são responsáveis por um número crescente de peritoneostomias. O manejo desta entidade é complexo e várias técnicas foram descritas para seu tratamento. Recentemente foi introduzido na literatura o conceito de fechamento dinâmico da parede abdominal, com elevadas taxas de sucesso. O objetivo deste trabalho é de servir como nota prévia de uma nova abordagem para o tratamento das peritoneostomias, desenvolvida no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Trata-se de um procedimento simples e de baixo custo, facilmente realizado por cirurgião geral. O procedimento também foi utilizado como reforço em fechamentos abdominais tensos, de maneira profilática. O procedimento é descrito em detalhes, assim como os resultados nos primeiros pacientes. Apesar de promissora, refinamentos técnicos e estudos complementares são necessários para a validação da técnica.

Descritores: Peritoneostomia. Hernia abdominal. Síndrome compartimental abdominal.

INTRODUÇÃO

Os avanços no tratamento da síndrome compartimental abdominal bem como as técnicas de damage control têm colaborado para importante ganho de sobrevida em pacientes vítimas de traumas e infecções abdominais graves¹⁻³. Criaram, no entanto, um problema de difícil manejo: com a redução da mortalidade desses doentes, as peritoneostomias aparecem como entidade cada vez mais frequente, e seu fechamento adequado é grande desafio para os cirurgiões. Apresenta-se nesse trabalho uma nova proposta para o manejo dessa entidade, desenvolvida no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

MÉTODOS

A técnica tem como objetivo o fechamento primário da cavidade abdominal, abrangendo todas as camadas de sua parede. Para tanto, inicia-se pelo isolamento do conteúdo abdominal através da sutura com o peritônio parietal íntegro de uma película protetora (bolsa de solução fisiológica aberta). A seguir, realizam-se orifícios puntiformes no eixo longitudinal da ferida operatória, transfixando todas as camadas da parede abdominal. Adota-se intervalo de 2,5 cm entre as perfurações, e distância de aproximadamente 4 cm da borda da ferida. Através desses orifícios pas-

savam-se sondas de nelaton 14F perpendicularmente à ferida, unindo as duas bordas da incisão, de modo que as extremidades exteriorizassem-se na pele. Fixaram-se as duas extremidades de cada sonda com clampes plásticos, aplicando alguma tensão à ferida (Figura 1).

Seis pacientes foram submetidos ao fechamento da parede abdominal utilizando a técnica descrita. Em quatro foi possível o fechamento primário da cavidade abdominal com grande tensão na linha de sutura. Optou-se, portanto, por aplicar a técnica como profilaxia de complicações, distribuindo a tensão por toda a espessura da parede e por todo o sentido crânio-caudal da ferida. Os outros dois pacientes já apresentavam peritoneostomias decorrentes de complicação de laparotomias prévias. Nestes casos, a cada dois ou três dias as sondas eram tracionadas e os clampes reposicionados até que se alcançasse tensão adequada ou o paciente referisse dor (o que ocorresse primeiro). O procedimento era repetido até a reaproximação das bordas da ferida, buscando dessa maneira o fechamento dinâmico do defeito. Após cerca de três semanas realizou-se o fechamento definitivo da parede sem tensão e retiraram-se as sondas.

RESULTADOS

Nos quatro pacientes submetidos ao fechamento primário com aplicação da técnica como profilaxia de

Trabalho realizado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo – São Paulo – SP-BR.

1. Médico Assistente do Departamento de Cirurgia do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo – São Paulo – SP-BR; 2. Médico Residente da Disciplina de Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo – SP-BR; 3. Médico Assistente do Departamento de Cirurgia do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo - São Paulo – SP-BR.

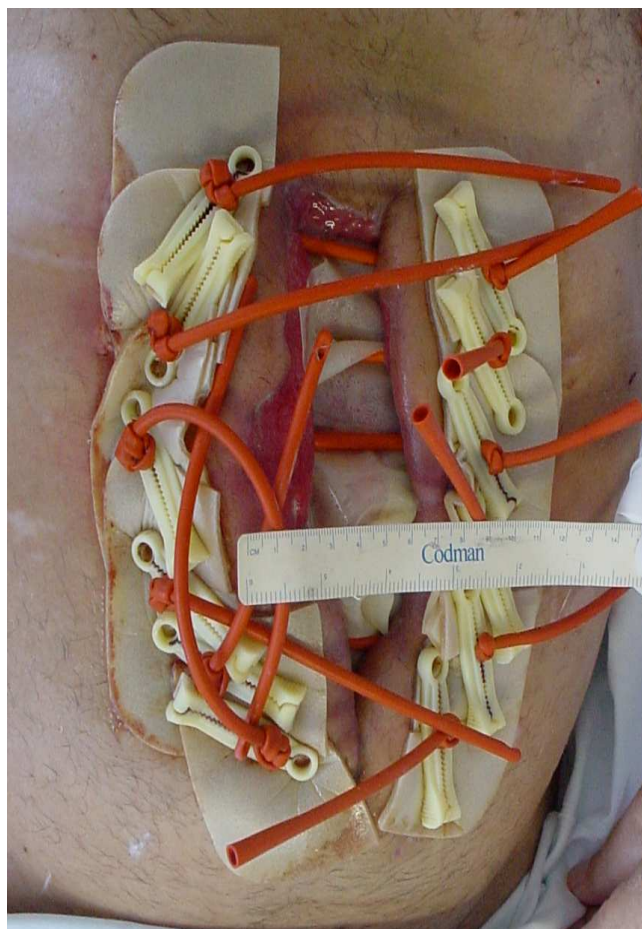


Figura 1 – Foto mostrando o aspecto final do procedimento no qual as sondas de nelaton 14F são passadas por orifícios pontiformes na parede abdominal, permitindo a distribuição da força tensil ao longo de toda a ferida.

deiscência, não foram observadas complicações na ferida operatória. Nos dois casos em que se procurava o fechamento de um abdome aberto, o resultado foi alcançado com sucesso em um dos pacientes. O outro paciente evoluiu com ruptura da parede nos pontos de inserção de três das seis sondas instaladas devido ao excesso de tensão aplicado no pós-operatório.

DISCUSSÃO

A técnica de fechamento dinâmico parece ser um instrumento promissor no fechamento da parede abdominal após peritoneostomias, assim como profilaxia eficaz em suturas que apresentem grande tensão na parede abdominal.

Habitualmente, quando se depara com sutura tensa, o cirurgião geral lança mão de pontos com fio inabsorvível grosso, captonado, em plano total. Embora os dados não tenham sido medidos de maneira objetiva, observou-se que os pacientes submetidos ao procedimento descrito referiram dor menor no pós-operatório com controle medicamentoso mais eficiente.

No que diz respeito ao tratamento definitivo das peritoneostomias, esta técnica permite fechamento completo da parede abdominal, abrangendo todos os seus planos, restaurando sua anatomia normal e restituindo todas as funções de contenção e resistência da parede muscular, sem gerar novos fatores de morbidade para o doente, fatos que a tornam superior às técnicas de fechamento com substitutos autólogos, xenólogos ou sintéticos (telas e retalhos)⁴. Outros estudos na literatura reforçam a idéia de que as técnicas de fechamento progressivo (dinâmico) da parede abdominal são efetivas na obtenção de uma parede abdominal continente^{1,5}.

A B S T R A C T

Advances in care of trauma patients and severe abdominal infections are responsible for an increasing number of laparostomies. The management of this entity is complex and several techniques have been described for its treatment. Recently the concept of dynamic closure of the abdominal wall was introduced in the literature with high success rates. The objective of this report is to serve as a foreword for a new approach for the treatment of laparostomy developed at the University Hospital of the University of São Paulo. This is a simple and low cost method, easily performed by a general surgeon. The procedure was also used prophylactically as reinforcement in tight abdominal closures. It is described in detail as well as the results in the first patients. Although promising, refinements and further studies are needed to validate the technique.

Key words: Laparostomy. Abdominal hernia. Abdominal compartment syndrome.

REFERÊNCIAS

1. Cothren CC, Moore EE, Johnson JL, Moore JB, Burch JM. One hundred percent fascial approximation with sequential abdominal closure of the open abdomen. *Am J Surg.* 2006;192(2):238-42.
2. de Costa A. Making a virtue of necessity: managing the open abdomen. *ANZ J Surg.* 2006;76(5):356-63.
3. Hultman CS, Pratt B, Cairns BA, McPhail L, Rutherford EJ, Rich PB, et al. Multidisciplinary approach to abdominal wall reconstruction after decompressive laparotomy for abdominal compartment syndrome. *Ann Plast Surg.* 2005;54(3):269-75; discussion 275.
4. Rutherford EJ, Skeete DA, Brasel KJ. Management of the patient with an open abdomen: techniques in temporary and definitive closure. *Curr Probl Surg.* 2004;41(10): 821-76.

5. Jernigan TW, Fabian TC, Croce MA, Moore N, Pritchard FE, Minard G, et al. Staged management of giant abdominal wall defects acute and long-term results. *Ann Surg.* 2003;238(3):349-55; discussion 355-7.

Recebido em 20/05/2010

Aceito para publicação em 20/07/2010

Conflito de interesse: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Como citar este artigo:

Kamamoto F, Batista BN, Tokeshi F. Nova técnica para o fechamento dinâmico da parede abdominal. *Rev Col Bras Cir.* [periódico na Internet] 2010; 37(5). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>

Endereço para correspondência:

Bernardo Nogueira Batista

E-mail: bernardonb@uol.com.br