



## Influência da técnica de peritoneostomia na recuperação dos pacientes

**Eduardo Quirino dos Santos<sup>1</sup>; Ivan Murad<sup>2</sup>; Jônatas Luiz Pereira<sup>3</sup>; Rodrigo Lima do Valle<sup>4</sup>**

**RESUMO:** As peritonites graves ainda representam um grande desafio aos cirurgiões, a morbimortalidade mantém-se em patamares elevados. Os objetivos do tratamento cirúrgico estão voltados para a tentativa de eliminação da fonte de contaminação continuada e prevenir formação de coleções purulentas recidivantes. O presente trabalho objetivou avaliar os resultados obtidos no uso de peritoneostomia com tela de polipropileno, e comparar à peritoneostomia aberta (sem tela), no tratamento de peritonites difusas graves no Hospital Universitário de Maringá (HUM-PR) no período de 2006-2007. Foram avaliados 8 pacientes, com idade de 24 a 78 anos, internados com o quadro, independente da etiologia, de peritonite difusa que foram submetidos a peritoneostomia. Em 3 houve a colocação de tela de polipropileno, sendo realizada a técnica convencional nos demais pacientes. Todos receberam cuidados pós-operatórios em unidade de terapia intensiva. Dentre os pacientes avaliados dois acabaram evoluindo para óbito, sendo que o primeiro foi submetido à técnica convencional e o segundo à técnica com tela de polipropileno. O tempo de cicatrização e de recuperação nos pacientes com tela foi menor. Além disso, a necessidade de reintervenção para lavagem da cavidade abdominal foi reduzida no grupo com tela, devido a menor exposição e manipulação da cavidade. Não ocorreram eviscerações nos pacientes submetidos ao uso de tela.

**PALAVRAS-CHAVE:** Peritoneostomia; Peritonite; Polipropileno.

### 1 INTRODUÇÃO

A inflamação é uma reação local dos tecidos à agressão. Ocorre como resposta específica, caracterizada por uma série de alterações e que tende a limitar os efeitos de determinada agressão. A inflamação aguda é a forma eficiente de o organismo neutralizar, inativar ou eliminar o agente agressor (MONTENEGRO; FECCHIO, 1999).

A peritonite é uma inflamação do peritônio, que pode ser devida tanto à invasão bacteriana quanto à irritação química (CRAWFORD, 1994). As peritonites bacterianas são responsáveis por altos índices de morbidade e mortalidade na população em geral. Segundo dados do DATASUS, no Brasil, 1.184 pessoas morreram no ano 2000 (MORTALIDADE, 2003), e 99.339 pessoas tiveram seqüelas resultantes do tratamento das peritonites, no ano de 2002 (MORBIDADE, 2003).

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de Medicina. Departamento do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Maringá. Maringá-Pr. duquirino@hotmail.com

<sup>2</sup> Médico, Docente do Curso de Medicina. Departamento do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Maringá. Maringá-Pr. muradivan@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Acadêmico do curso de Medicina. Departamento do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Maringá. Maringá-Pr jonataslpereira@hotmail.com

<sup>4</sup> Médico colaborador graduado pela Universidade Estadual de Maringá rolidova@bol.com.br

Para o tratamento das peritonites podem ser empregadas drogas de ação sistêmica (antibióticos e antiinflamatórios) e de ação local. Entre as diferentes substâncias utilizadas para tal fim, encontram-se a solução fisiológica (com NaCl a 0,9%) e as soluções anti-sépticas. As soluções anti-sépticas, quando aplicadas nos tecidos vivos, utilizam agentes que destroem ou inibem o crescimento de microorganismos (BERKOW; FLETCHER, 1989).

É consenso, entre numerosos serviços de cirurgia, que a limpeza mecânica e a lavagem com aspiração da cavidade abdominal, utilizando-se da solução salina isotônica, é o método eficiente e inócua para a limpeza local em peritonites bacterianas ou químicas (WALKER; CONDON, 1991), apesar de sua capacidade anti-séptica permanecer controversa.

O prognóstico na peritonite é, decisivamente, influenciado por vários fatores, dentre os quais os mais destacados estão, por ordem de importância, o início do tratamento, a idade, o estado geral de saúde do paciente, não considerando qualquer outro fator de risco concomitante (SANTOS, 1994).

O tratamento cirúrgico de indicação imediata será agressivo com os seguintes fundamentos:

- a. eliminar a fonte de infecção,
- b. reduzir o contaminante peritoneal e,
- c. evitar a peritonite continuada.

O objetivo maior no cumprimento dos fundamentos básicos está justamente no interesse primordial em resolver definitivamente o processo infeccioso intraperitoneal na primeira re-intervenção, evitando, assim, uma segunda re-intervenção, mesmo que bem indicada já que, nessa situação, há a possibilidade indesejável do aumento do índice de morte, não menos que 10 vezes superior ao que se observa quando o problema é resolvido na primeira operação (KOPERNA, 1996).

No entanto, se não for possível a resolução definitiva do processo patológico na primeira abordagem, as reoperações devem ser planejadas e executadas com regularidade sem que o cirurgião se intimide com sinais clínicos indicadores de suposta melhora.

Resolvido o fator causal da peritonite, a lavagem exaustiva, tantos litros de solução fisiológica quantos necessários para que o volume aspirado seja tão limpo quanto o volume instilado e depois repetindo-se o volume inicialmente gasto, tem como finalidade erradicar qualquer possibilidade para perpetuar a infecção. Se isso for possível e a síndrome da reação inflamatória sistêmica não for fato consumado, restará a oportunidade de suportes mecânicos e metabólicos, como básicos para o tratamento continuado desses pacientes (SHAW, 1993).

A peritoneostomia é uma técnica cirúrgica utilizada no tratamento de peritonites difusas que, consiste em deixar a cavidade abdominal aberta como se fosse um grande abscesso, com o objetivo de permitir uma drenagem espontânea, avaliação diária da cavidade abdominal, aspirações e remoção de possíveis lojas purulentas, desbridamento de tecidos necrosados e desvitalizados, e prevenção de reacumulação de pus. Com a cavidade abdominal aberta aumentam-se os riscos de eviscerações, novas infecções devido à exposição direta da cavidade e a cicatrização torna-se um processo demorado devido à ausência de tensão nas bordas, sendo ela feita completamente por segunda intenção.

Na tentativa de minimizar esses riscos e acelerar o processo de cicatrização a tela de polipropileno é utilizada como suporte para a parede abdominal e também a fim de proteger a cavidade contra o meio externo. A tela é adaptada ao tamanho da abertura da ferida operatória, o suficiente para cobri-la por inteiro, sendo então fixada internamente à aponeurose do músculo reto abdominal com pontos separados de Vicryl 2.0.

As peritonites graves ainda representam um grande desafio aos cirurgiões, pois a morbimortalidade mantém-se em patamares elevados.

Portanto, esse trabalho visa analisar os resultados obtidos no uso de peritoneostomia com tela de polipropileno, e comparar à peritoneostomia aberta (sem tela), no tratamento de peritonites difusas graves no Hospital Universitário de Maringá (HUM-PR) no período de 2006-2007.

## 2 MATERIAL E MÉTODOS

Foram avaliados 8 pacientes, com idade de 24 a 78 anos, internados no Hospital Universitário de Maringá, no período de janeiro de 2006 à janeiro de 2007, com o quadro, independente da etiologia, de peritonite difusa que foram submetidos a peritoneostomia. Destes, em 3 houve a colocação de tela de polipropileno, sendo no restante realizada a técnica convencional.

Todos receberam cuidados pós-operatórios em unidade de terapia intensiva, e sofreram reintervenção cirúrgica quando se fez necessário.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os oito pacientes avaliados dois acabaram evoluindo para óbito, sendo que um deles foi submetido à técnica convencional e o outro foi colocado a tela de polipropileno. Vale ressaltar que ambos pacientes que foram ao óbito tiveram como causa de morte complicações devido a outras doenças de base já existentes.

Analisando a necessidade de reintervenção cirúrgica para lavagem da cavidade abdominal. O grupo no qual foi utilizado a tela de polipropileno necessitou de menos reintervenções quando comparados com o grupo que utilizou a técnica convencional, média de 3 e 6 respectivamente (Figura 1). Mostrando assim que a tela reduziu o número de cirurgias, reduzindo também o risco de complicações operatórias.

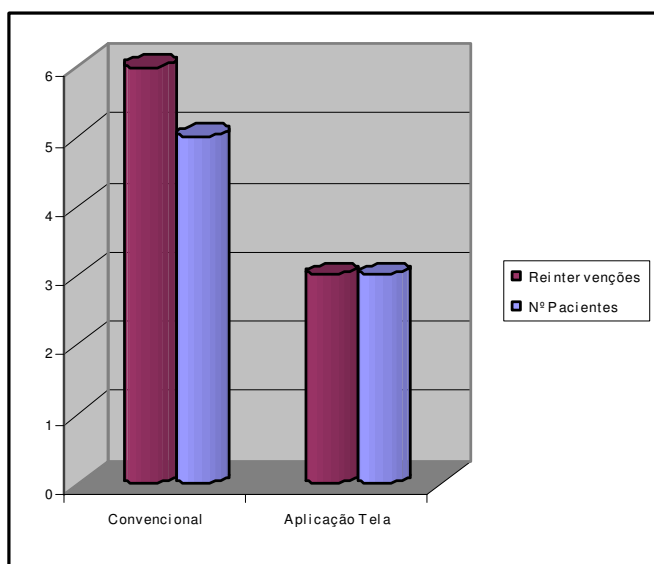


Figura 1. Média de reintervenções para limpeza cirúrgica da cavidade abdominal.

Outro dado analisado, foi o tempo de cicatrização apresentado pelos pacientes. Observou-se um tempo maior de cicatrização nos pacientes submetidos à peritoneostomia convencional, média de 75 dias, em relação aos pacientes nos quais foram utilizadas telas, média de 43 dias (Figura 2). Parte desse resultado é explicada pela menor tensão exercida nas bordas da cirurgia com a utilização da tela, propiciando com isso uma melhor coaptação da ferida.

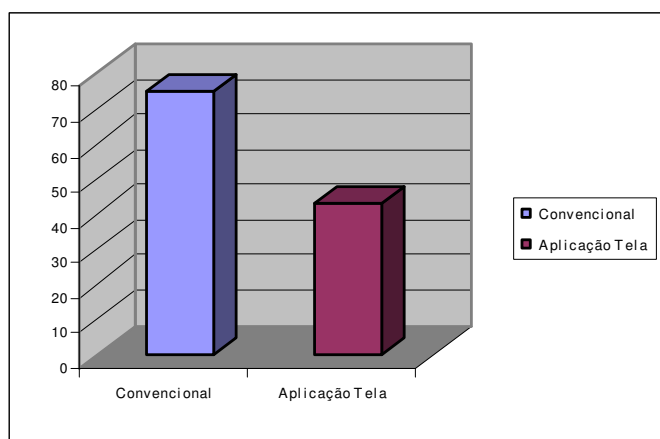


Figura 2. Média de dias de cicatrização da peritoneostomia.

A presença de evisceração esteve ausente nos pacientes submetidos ao uso de tela, enquanto que nos pacientes sem uso da tela 2 apresentaram essa complicação. Demonstrando assim a ação protetora da tela de polipropileno em pacientes peritoneostomizados.

#### 4 CONCLUSÃO

O uso da tela de polipropileno para contenção do conteúdo da cavidade abdominal enquanto esta se encontra aberta em peritoneostomia, mostrou-se de boa utilidade, diminuindo não só o tempo de cicatrização, como também a incidência de complicações. Porém o tratamento das peritonites graves continua sendo um desafio para toda a equipe multidisciplinar em relação à seu prognóstico, pois os índices de mortalidade continuam elevados.

#### 5 REFERÊNCIAS

Florey HW. **General pathology**. 4ª ed. Philadelphia: W.B.Saunders; 1970. Inflammation; p. 22-123.

Crawford JM. The gastrointestinal tract: peritoneum. In: Cotran RS, Kumar V, Robbins SL. **Robbins pathologic basis of disease**. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: W.B.Saunders Co; 1994. p. 825-6.

Berkow R, Fletcher AJ. **Manual Merck de medicina: diagnóstico e tratamento**. 15ª ed. São Paulo: Roca; 1989. Drogas antiinfeciosas: anti-sépticos tópicos; p. 21-4.  
Walker AP, Condon RE. Peritonite e Abscessos Intra-abdominais. In: Schwartz SI. **Princípios de cirurgia**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991. p. 1228-9.

Birolini C, Lisboa LAF, Silva RAA. Peritonites agudas: abordagem da cavidade abdominal. **Arq Méd Hosp Fac Ciênc Méd St Casa SP** 1990; 9(37/38): 117-22.

Koperna T and Shulz F. Prognosis and treatment of peritonitis. **Arch Surg** 1996; 131: 180-86.

Montenegro MR, Fecchio D. Inflamação: Conceitos Gerais e Inflamação Aguda. In: Montenegro MR, Franco M. **Patologia: processos gerais**. 4ª ed. São Paulo: Atheneu; 1999. p. 109-28.

Santos JCM, Levy CE and Reis CU. Comparative effectiveness of pefloxacin plus metronidazole and gentamicin plus metronidazole in the coadjuvant treatment of peritoneal infections. **Drug Invest** 1994;8:1-9.

Shaw JHF, Koea MHB. Metabolic basis for management of the septic surgical patient. **World j Surg** 1993;17: 154-64.