

Temas de Técnica Cirúrgica

Alaor Teixeira *

Teresinha M. C. Teixeira **

A — CONSIDERAÇÕES SOBRE O EMPREGO DO FIO DE AÇO NO FECHAMENTO DE LAPAROTOMIAS

INTRODUÇÃO

Sabemos que o reparo biológico de uma secção tissular é, basicamente, representado pelo trabalho do conjuntivo, o qual vai constituir — em um estágio evolutivo final — a cicatriz.

O conjuntivo, para executar este trabalho biológico de reparação tissular, necessita de um certo tempo, o qual apresenta variações quantitativas em razão direta das dimensões do comprometimento tissular e das condições gerais do paciente.

Para que uma reparação tissular se concretize, necessário se torna a existência prévia de um acolamento dos tecidos seccionados, isto é, que durante todo o período de reparação tissular, exista coaptação anatômica dos tecidos seccionados. Esta primeira exigência é atendida através do trabalho de sutura efetuado pelo Cirurgião no decorrer do trans-operatório. Por intermédio desta, éle aproxima os tecidos, objetivando eliminar os espaços mortos, diminuir o trabalho de enchimento do conjuntivo e buscando melhor resultado estético.

É óbvio, portanto, que um determinado fio de sutura deve permitir a obtenção de dois objetivos fundamentais:

- a) Coaptação perfeita das margens do ferimento diminuindo — como já foi dito acima — o espaço entre elas;
- b) Presença — ao nível da incisão — por um tempo superior àquele de que necessita o conjuntivo para edificar a cicatriz.

Como a concretização do último objetivo acima referido depende diretamente do trabalho orgânico de reparação, o seu período de duração será variável em relação direta a diversos fatores, salientando-se, entre eles, o grau de higidez do paciente e o nível biológico de suas disponibilidades de reparação, consubstanciadas na existência de níveis de homeostase orgânica compatíveis com a normalidade.

Se as condições gerais do paciente — somadas a intercorrências adversas ao mecanismo cicatricial (espoliação orgânica severa, infecção, etc.) — permitirem supor um retardamento significativo do processo cicatricial, deve o cirurgião, em tempo hábil, prever as mencionadas alterações, colocando ao nível da incisão um material de sutura com maior permanência ao nível do local do ferimento, lembrando sempre que somente a BIOLOGIA

* Professor Titular do Departamento de Cirurgia FM/UFRGS.

** Auxiliar de Ensino do Departamento de Cirurgia FM/UFRGS.

CICATRICIAL tem condições de efetuar o reparo.

Assim, naqueles casos nos quais a evolução clínica sugerir, pode o Cirurgião servir-se do fio de aço no fechamento de uma incisão laparotômica, utilizando o mesmo, no entanto, DESDE O FOLHETO PARIETAL PERITONEAL ATÉ O INTEGUMENTUM COMUNE (PELE) de forma que o referido fio possa ser retirado, quando a sua ação mecânica de presença não se fizer mais necessária. A utilização do fio de aço ao nível dos planos profundos da parede esté COMPLETAMENTE CONTRAINDICADA, já que tal orientação — além de não sintonizar com os parâmetros científicos que regulam o emprêgo dos fios de sutura — induzem o aparecimento de problemas variados a seus portadores, sendo o mais significativo deles a necessidade de uma intervenção complementar para a sua retirada. Não existem, portanto, razões científicas idôneas para a utilização de tal conduta no decorrer do transoperatório.

Exceptuando-se a eventualidade acima referida, deve o fio de aço ser completamente contraindicado, sendo de salientar-se que o seu emprego — quando indicado — deve ser efetuado de maneira que o mesmo possa ser retirado facilmente quando a sua ação mecânica de coaptação tissular não se fizer mais necessária. Tal assertiva contraindica —

portanto, de forma rígida — o emprego do referido material de sutura nos planos profundos.

PROCEDIMENTO TÉCNICO

Naqueles casos indicados, utilizamos o fio de aço, subordinando o seu emprego à sistematização técnica divulgada pela documentação fotográfica que acompanha esta publicação. O material empregado é representado, basicamente, pelo seguinte (FIGURA N° 1A):

- Duas agulhas de injeção BD n° 10;
- Sonda Nélaton «Waitch», 8 FR;
- Aciflex monofilamento 3-0 Ethicon, 6x40 cm

As legendas da FIGURA N° 1 (B, C, D e E) — documentam os tempos principais do procedimento técnico por nós utilizado. Salientamos aquele relativo ao emprego das agulhas de injeção para a condução do fio de aço através dos planos da parede, em lugar de agulhas de sutura, as quais induzem grande traumatismo aos constituintes tissulares da mesma.

A FIGURA N° 2 documenta a utilização do procedimento em questão em um paciente portador de um quadro abdominal de peritonite generalizada com severo comprometimento da homeostase orgânica.

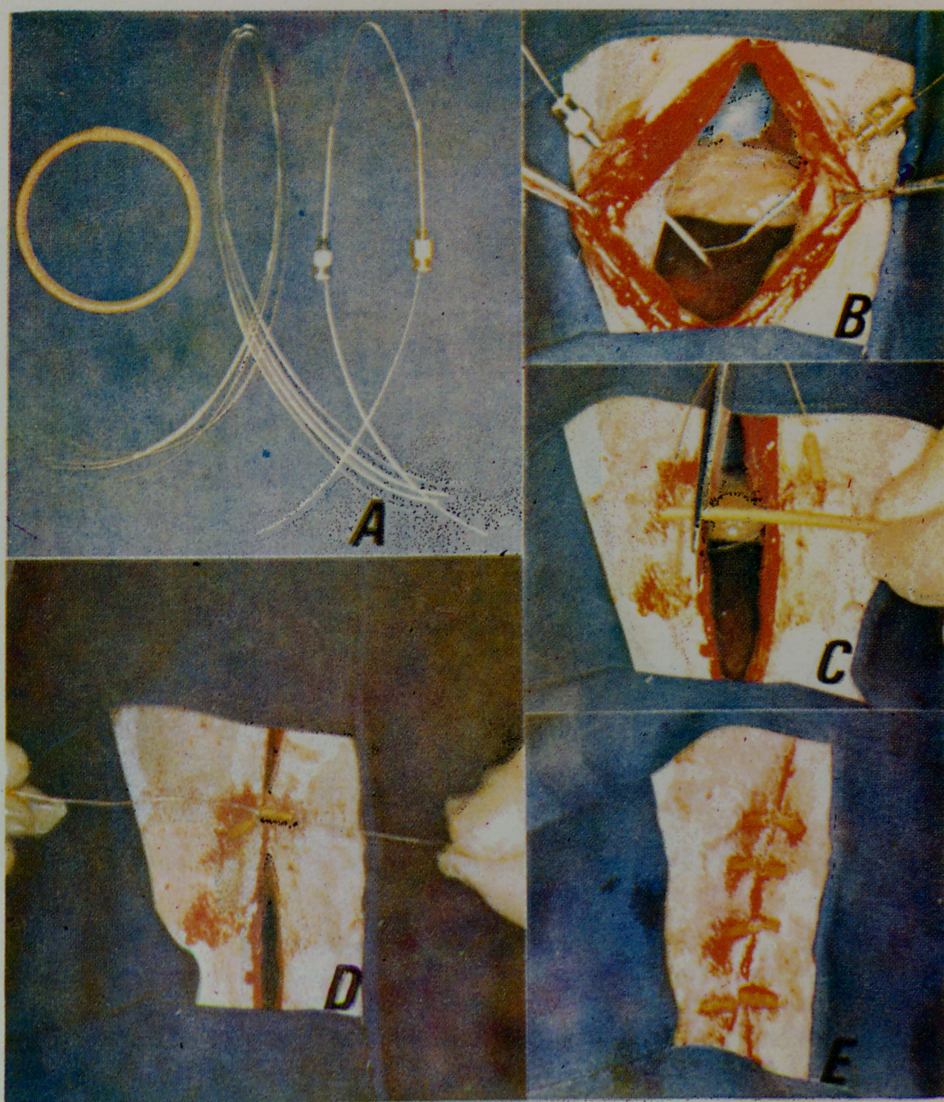


FIGURA 1 — Verificamos em A o material utilizado; em B, C, D e E os tempos fundamentais da sistematização técnica preconizada pelos AA na utilização do fio de aço, a saber: B — colocação das agulhas e passagem do fio de aço através das mesmas; C — preparação dos «amortecedores» de borracha (Nélaton); D — aproximação dos bordos da incisão; finalmente, E — resultado final.

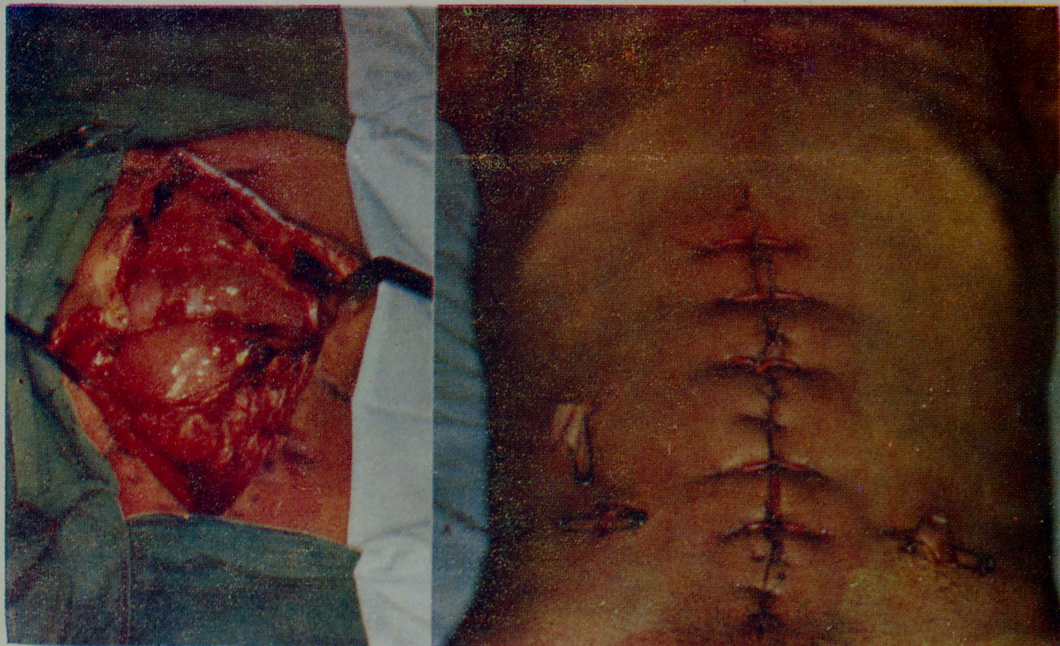


FIGURA 2 — Documentação relativa ao caso de um paciente com 26 anos de idade, portador de diversos ferimentos ileais produzidos por projétil de arma de fogo, e que apresentou no pós-operatório imediato (4º dia), um quadro de peritonite com deiscência dos planos da laparotomia. Observamos à D o aspecto da parede e das alças ileais, à E, o aspecto final após a reconstituição da parede com o fio de aço e a drenagem da cavidade abdominal (Penrose). Evolução S/P.

B — FUNDAMENTOS ANATÔMICOS E TÉCNICOS DA ABORDAGEM CIRÚRGICA DO RIM POR VIA ANTERIOR

INTRODUÇÃO

A INFECCÃO se constituiu — na era pré antibióticos e quimioterápicos — num dos maiores fatores de insucessos da terapêutica cirúrgica até então instituída. Quando o processo infeccioso interessava o revestimento seroso (o peritônio de modo especial), os maus resultados alcançavam índices realmente alarmantes.

Entre as primeiras intervenções descritas na literatura, encontram-se aquelas interessando o rim, sendo de salientar-se que, às mais das vezes, as indicações cirúrgicas estavam relacionadas com processos infecciosos renais. É natural, portanto, que os Urologistas procurassem evitar, ao máximo, a contaminação — no decorrer do trans-operatório — do saco

peritoneal. Tolhidos por este óbice inarredável até então, procuravam abordar o rim e sua loja por *via posterior*, lombar, descrevendo a literatura especializada diversos tipos de incisões (FIGURA Nº 1), todas elas ao nível da referida localização, sendo efetuado o procedimento técnico e tático sem a abertura do saco peritoneal.

Se, de um lado, a preservação trans-operatória da integridade anatômica do saco peritoneal era obtida pela via lombar esta, no entanto, não possibilitava a visualização correta, no decorrer da intervenção, do pedículo renal — objetivo fundamental em todo o procedimento cirúrgico que se relacione com uma víscera maciça.

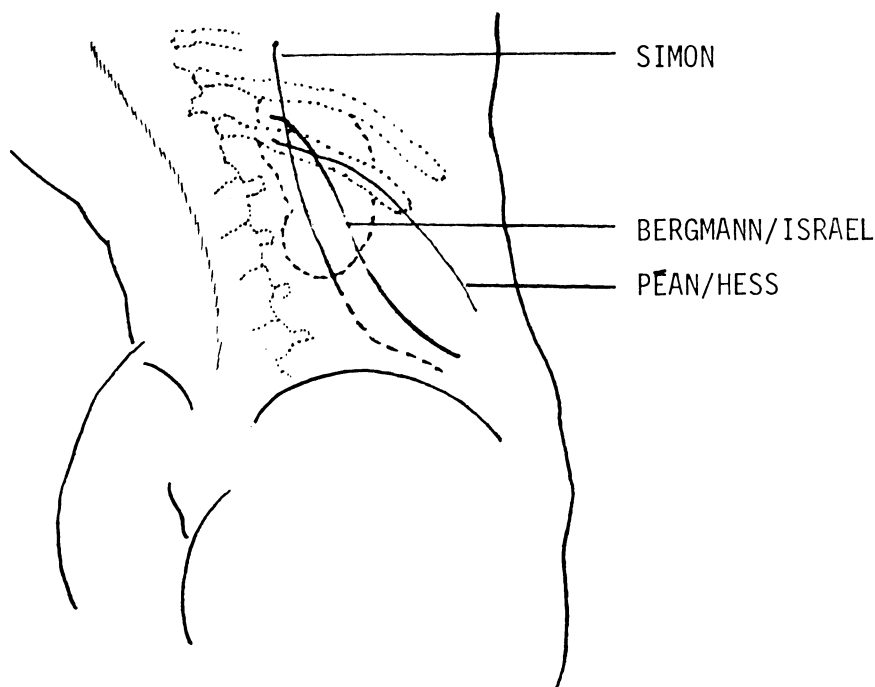


FIGURA Nº 1: - Abordagem cirúrgica do rim por via lombar.

Após a descoberta e utilização dos antibióticos e quimioterápicos, o espectro da contaminação trans-operatória pôde ser afastado de forma bastante segura pelos cirurgiões. Este fato induziu a execução de diversas pesquisas visando identificar uma via de acesso mais eficiente para a loja renal. Destas, resultou a sistematização da via abdominal anterior, através de uma incisão laparotômica longitudinal trans-retal D ou E conforme o objetivo visado.

Embora, por tradição, os Urologistas ainda utilizem, de rotina, a via lombar — indicando a referida via anterior apenas naqueles casos de neoplasias renais com aumento significativo da massa do rim — esta última é, indiscutivelmente, a ideal, podendo mesmo ser amplamente utilizada mesmo naqueles casos contaminados, pois a diálise peritoneal trans-operatória e a cobertura racional de antibióticos e quimioterápicos no pós-operatório reduzem ao máximo os riscos para os pacientes. A visão completa e integral dos ele-

mentos anatômicos constituintes do pedículo renal e a identificação precisa dos grandes vasos de retro-peritônio (aorta e cava inferior) — amplamente propiciada pela via anterior — fazem desta a via de acesso cirúrgica ideal para a loja renal (extra ou trans-peritoneal).

Pretendemos, nesta publicação, divulgar a sistematização técnica que adotamos de rotina para a abordagem cirúrgica do rim e de seu pedículo: VIA ANTERIOR, através de uma LAPAROTOMIA TRANSVERSA, paralela ao rebordo costal, com descolamento medial do peritônio parietal (à direita, este descolamento do peritônio é efetuado através da manobra de Kocher/Vautrin — descolamento pancreático/duodenal). O paciente é sempre colocado em decúbito dorsal.

A FIGURA Nº 1 divulga de forma esquemática — as incisões utilizadas pelos urologistas para a abordagem do rim por via posterior; as FIGURAS Nºs 2 e 3, mostram uma nefrectomia por via anterior.

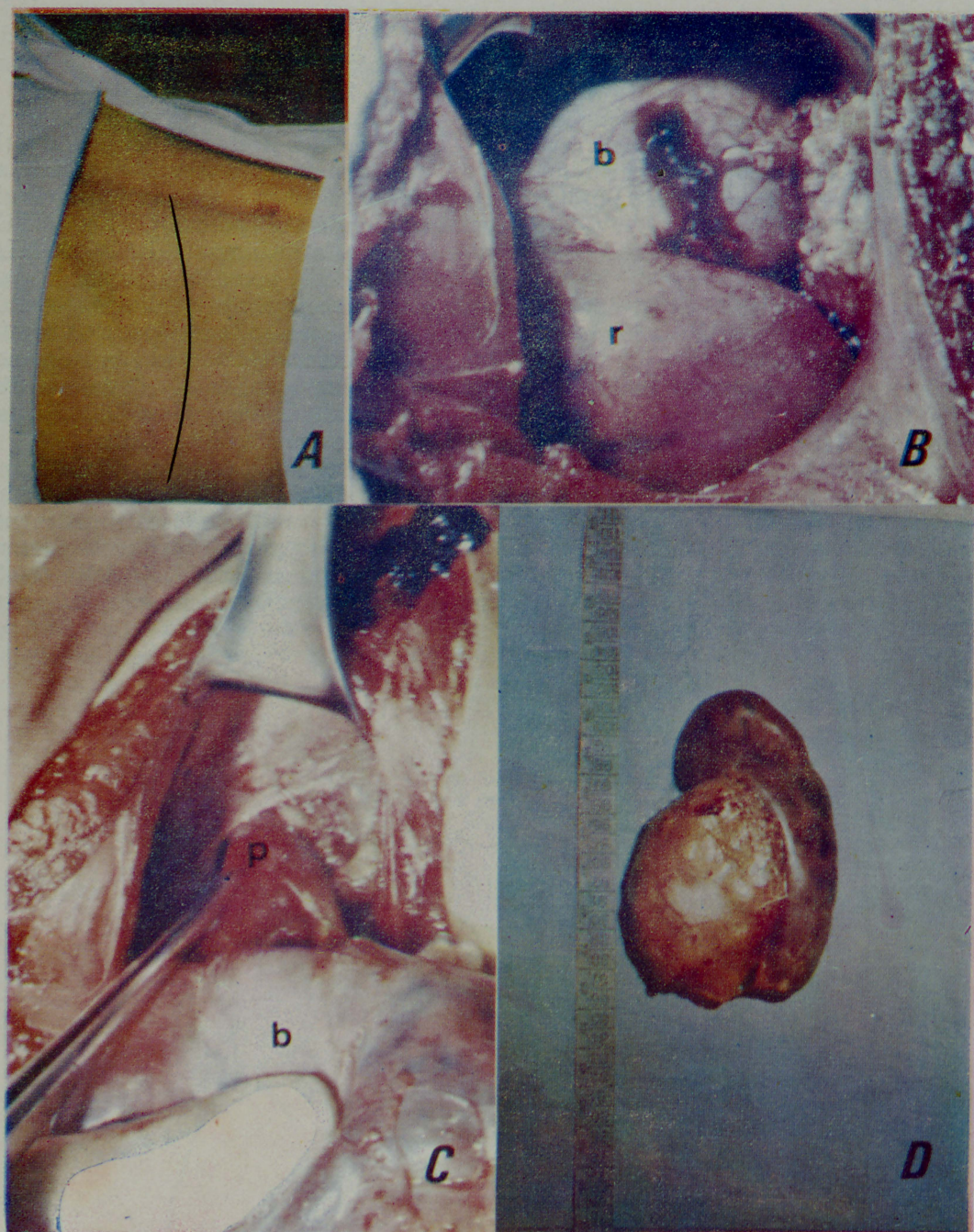


FIGURA 2 — Sistematização técnica da abordagem cirúrgica do rim por via anterior, efetuada em um paciente portador de traumatismo renal à D. Observamos em A a incisão (transversal, paralela à arcada costal), em B e C o aspecto do rim e a liberação de seu pedículo; finalmente, em D, a peça cirúrgica (continua).

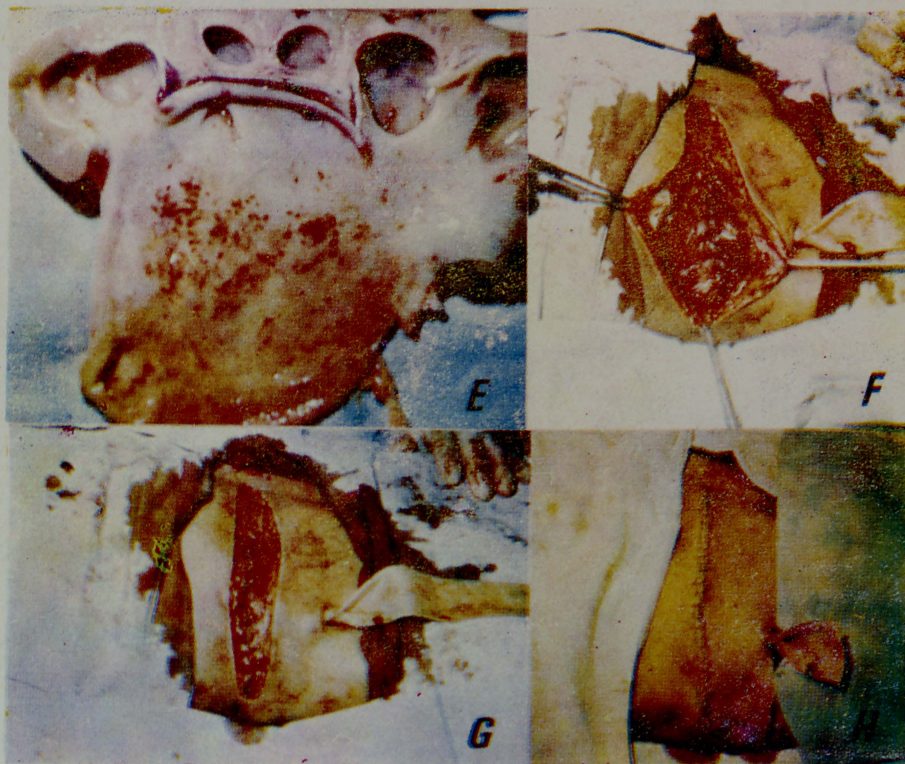


FIGURA 3 — (continuação) em E o estudo da peça cirúrgica; em F, G e H a reconstituição da laparotomia com drenagem (Penrose) da loja renal.