

Deiscencia de sutura cutanea próximo a bolsa de colostomia pós operação de hartmann devido diverticulite complicada

Skin suture dehiscence near the colostomy bag after Hartmann surgery due to complicated diverticulitis.

Yuri Affonso Nobori Sanchez Tanaka
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
affonso Nobori@hotmail.com

Natalia Corbella Neves Almeida
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
natalia_corbella@hotmail.com

Antonio Carlos de Castro Junior
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
antoniocastrojunior@gmail.com

Paula Souza Cruz de Oliveira
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
paulascoliveira@hotmail.com

RESUMO

A deiscência de ferida operatória é uma complicação que pode acometer pacientes durante o pós-operatório, implicando substancialmente na percepção do paciente e em sua qualidade de vida. Paciente, sexo feminino, 48 anos, com história de dor abdominal em quadrante inferior do abdome, com exame físico e tomografia de abdome sugerindo diverticulite aguda complicada, Hinchey III, submetida a operação de Hartmann e que posteriormente evoluiu com deiscência de sutura próximo a bolsa de colostomia. Foi optado por tratamento conservador e a paciente vem apresentando boa evolução, ainda em seguimento médico e com estomatoterapia

Palavras-chave: Colostomia; Cirurgia de Hartmman; Diverticulite.

ABSTRACT

AcSurgical wound dehiscence is a complication that can affect patients during the postoperative period, substantially affecting the patient's perception and quality of life. Female patient, 48 years old, with a history of abdominal pain in the lower quadrant of the abdomen, with physical examination and abdominal tomography suggesting complicated acute diverticulitis, Hinchey III, who underwent a Hartmann operation and later evolved with suture dehiscence near the pouch of colostomy. Conservative treatment was chosen and the patient has been showing good evolution, still under medical follow-up and with stomatherapy

Keywords: Colostomy; Hartmman Surgery; Diverticulitis

1 CONTEXTO

Dentre as complicações das feridas operatórias, têm-se os hematomas, as infecções, as deiscências e as eviscerações. Complicações como a deiscência, caracterizada pela abertura dos pontos de sutura, os quais viabilizavam uma cicatrização da ferida por primeira intenção e objetivava a resolução completa do trauma operatório, e a evisceração, protusão dos conteúdos da ferida, são especialmente sérias quando envolvem feridas abdominais e implicam substancialmente na percepção do paciente e em sua qualidade de vida (BRUNNER; SUDDARTH, 1998).

Acreditando que a ferida abdominal por deiscência de sutura é um grave problema em pacientes submetidos a cirurgia, devido ao tempo dispensado pela equipe de saúde, o aumento da morbidade, maior permanência hospitalar, aumento do custo do tratamento, podem ser fatais e os riscos envolvidos, busca-se, neste estudo, uma melhor compreensão do caso. O objetivo do presente artigo visa relatar o caso que será exposto e posteriormente contrapor uma discussão baseada na revisão da literatura acerca dos procedimentos e resultados presentes no caso-clínico.

Este relato foi realizado no ambulatório de especialidade de cirurgia geral do UniFOA e no pronto-socorro cirúrgico no Hospital São João Batista, no município de Volta Redonda, entre os dias 23 de abril de 2022 e 03 de junho de 2022. Trata-se de um estudo descritivo do tipo Relato de Caso, o qual aborda ao caso e resultados apresentados, contrapondo-o com a literatura existente acerca da temática em questão. Este trabalho está sob o escopo do “Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda - PET-UniFOA”, registrado no CAAE sob o número 30457714.1.0000.5237. O caso foi vivenciado pelos autores deste relato através de entrevista com a paciente e acompanhante com uma anamnese direcionada e exame físico. Foram solicitados exames para análise clínica e confirmação de suspeita diagnóstica com exames laboratoriais e tomografia computadorizada do abdome. Como recurso metodológico para a elaboração do presente trabalho, fez-se uso da observação, reflexão e descrição do caso associadas a embasamentos teóricos de artigos pesquisados nas plataformas: Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Google Acadêmico, UpToDate e PubMed®.

2 APRESENTAÇÃO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 48 anos, natural e residente de Volta Redonda – RJ, do lar, etnia branca. Deu entrada no pronto-socorro do Hospital São João Batista no dia vinte e três de abril de dois mil e vinte dois, com quadro de dor abdominal em andar inferior do abdome com evolução de seis dias, associado a febre aferida 39oC, três episódios de vômitos sendo dois no dia 18 de abril e um episódio no dia 22 de abril, e diarreia, foram relatados três episódios ao dia com fezes aquosas sem presença de sangue e/ou muco.

No momento da coleta da anamnese, a paciente se apresentava com náusea, sem outros comemorativos. Relato de disuria na semana anterior e hematúria durante a permanência na unidade. Nega sintomas respiratórios ou demais queixas. Na história ginecológica a paciente refere menopausa aos 35 anos. As patologias pregressas incluem hipertensão arterial sistêmica em uso de Losartana, com bom controle, nega demais comorbidades, relato prévio de colecistectomia videolaparoscópica há oito anos, herniorrafia umbilical há dez anos e historia de uma cesariana.

Ao exame físico a paciente se encontrava em bom estado geral, lucida e orientada, corada, hidratada, eucárdica, eupneica, anictérica, acianótica, afebril, ausência de déficits neurológicos. Aparelho cardiovascular com ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros ou extrassístoles. Aparelho respiratório com murmúrio vesicular universalmente audível, sem ruídos adventícios. Ao exame do abdome apresenta abdome globoso, ruídos hidroaéreos presentes, flácido doloroso a palpação superfi-

cial e profunda difusamente, ausência de massas e/ou visceromegalias, timpânico, apresentando descompressão brusca dolorosa. Membros inferiores simétricos, sem edema, panturrilhas sem emplastramento, pulsos bilateralmente palpáveis e ausência de sinais de trombose venosa profunda. Exame neurológico apresenta-se com Glasgow 15/15, pupilas isofotorreagentes, fala preservada, sem desvio de comissura labial ou assimetrias faciais, sem déficits motores. Frente ao caso apresentado e exame físico, foi levantada a hipótese de um quadro de doença diverticular do colón complicada com diverticulite. Seguiu-se a investigação com exames complementares, solicitado exames laboratoriais e tomografia de abdome, a qual evidenciou presença de pneumoperitoneo.

A paciente foi internada e submetida a laparotomia exploradora e à retossigmoidectomia à Hartmann, procedimento sem intercorrências. Ao inventário da cavidade foi encontrado pequena quantidade de líquido livre de aspecto sero-purulento, sigmoide edemaciado e hiperemiado compatível com quadro de diverticulite aguda complicada sendo classificada no intraoperatório como HINCHEY III, alças de delgado aderidas ao sigmoide formando plastrão e presença de divertículos pan-colônicos. Realizado sigmoidectomia com fechamento de coto distal e confecção de colostomia terminal, lavagem exaustiva da cavidade, revisão da hemostasia, síntese por planos, maturação da colostomia e curativo estéril.

No pós-operatório apresentou boa evolução clínica e cirúrgica sendo liberada de alta hospitalar após 7 dias com orientações e prescrição médica de medições para controle dos sintomas. Agendado retorno pós-operatório para seguimento ambulatorial.

No dia 01 de maio a paciente foi atendida no Hospital Municipal Munir Rafful e encaminhada ao Hospital São Joao Batista para avaliação do plantão de cirurgia geral devido a mal funcionamento da colostomia, associado a náuseas e vômitos no D7 de pós-operatório. Sem alterações significativas ao exame físico, apresentava apenas colostomia sem débito e os sintomas relatados. Foi solicitado exames complementares que não apresentaram comemorativos expressivos. O caso foi conduzido como suboclusão intestinal, prescritos medidas clínicas e passagem de sonda nasogástrica. Durante observação médica e nova reavaliação pelo plantão, há relato de que a paciente apresentou agitação, retirou sonda nasogástrica por conta própria e não aceitou nova passagem. Negou novos episódios de náuseas e vômitos. Ao exame a colostomia estava funcionante. O plantão então relatou que não havia necessidade de intervenção cirúrgica de urgência e liberou a paciente de alta hospitalar com orientação adequada, prescrição médica e seguimento ambulatorial.

No dia 07 de maio, a paciente retornou ao HSJB trazida pelo SAMU devido a deiscência de sutura da ferida operatória, próximo a bolsa de colostomia. Atendida pelo plantão cirúrgico que encaminhou a paciente ao ambulatório de estomatoterapia para acompanhamento e prescreveu pomada tópica, tomando uma conduta conservadora para seguimento da ferida operatória por segunda intenção.

3 RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

Durante o seguimento ambulatorial vem apresentando boa evolução da ferida operatória, retirado os pontos no dia 03 de junho, sem presença de sinais flogísticos locais. Paciente encaminhada para seguimento no Centro de Ostimizados com orientações e seguirá acompanhamento no ambulatório de cirurgia geral do HSJB.

A paciente atualmente está apresentando uma boa evolução pós-operatória com a ferida em processo de retração cicatricial, sem presença de infecção local.

4 DISCUSSÃO

O desvio do trânsito intestinal através da colostomia, é um procedimento cirúrgico, temporário ou definitivo, amplamente utilizado para descomprimir o lado esquerdo do colón. Quando Henri Hartmann descreveu a cirurgia em 1921, ela foi indicada para o tratamento paliativo de carcinoma de colón. Mais recentemente, Boyden popularizou a técnica cirúrgica para correção das complicações da doença diverticular, para a qual ela tem se tornado, hoje em dia, um procedimento básico (SIMOES et al., 2000).

As feridas cirúrgicas são classificadas como agudas, são planejadas e realizadas de modo a reduzir os riscos de complicações, têm tendência à regressão espontânea e completa, em um prazo esperado. Porém quando ocorrem complicações no processo de cicatrização, podem tornar-se complexas e crônicas. Quanto ao tipo de cicatrização, as feridas que apresentam justaposição de bordas cicatrizam por primeira intenção e quando não é possível aproximá-las, a cicatrização ocorre por segunda intenção (MERRIL, 2004).

A deiscência de ferida é definida com a separação dos tecidos anteriormente aproximados, podendo ocorrer de forma precoce ou tardia. A forma precoce que inclui deiscência parcial ou total, evisceração e infecções, que ocorrem, em geral, no quinto ao décimo dia após a cirurgia, com saída de líquido serossanguinolento pela ferida operatória. Se os pontos cutâneos já foram removidos, ou se quaisquer pontos remanescentes se partiram, o intestino delgado e o omento podem ser liberados da cavidade abdominal, resultando em evisceração. As complicações tardias, aparecem meses ou anos depois, como a hérnia incisional, que é uma consequência de deiscência onde as áreas de separação são pequenas e a evisceração não pode ocorrer devido ao tamanho do defeito e à aderência das vísceras subjacentes (ALSEMO et al., 2005).

Entre as condições imediatas que mais predisõem a deiscência de sutura estão: infecção da ferida, íleo paralítico prolongado, fechamento deficiente da parede, hematoma e acúmulo de serosidade, desnutrição hipovitaminose C e reoperação precoce. O episódio agudo é geralmente precipitado por esforço de tosse, vômitos, soluços prolongados ou esforço exagerado para deambulação ou evacuação (SILVA; CROSSETTI, 2012).

O tratamento das feridas operatórias cutâneas é dinâmico, depende da evolução das fases da reparação tecidual, e inicialmente clínico, principalmente utilizando curativos e coberturas. Atualmente a variedade de curativos é cada vez maior com um arsenal terapêutico vasto. Na literatura, a grande maioria das deiscências tem conduta conservadora, aguardando uma cicatrização por segunda intenção. Quando esta não é possível, uma enxertia cutânea pode ser necessária (LIMA; COLTRO; JÚNIOR, 2017). A terapia de pressão negativa (TPN) já é consagrada para tratamento de feridas complexas. Em um estudo usaram a TPN para fechamento em 29 pacientes com feridas complexas, demonstrando um resultado de 85% de sucesso nas enxertias e 87,5% nos retalhos locais (WADA et al., 2006).

A TPN é um curativo composto de espuma, com um poro de 400- 600µm (V.A.C Pack curativo), de poliuretano preta reticulado ou álcool polivinil e uma pressão negativa contínua ou intermitente, a interação da espuma e tecido sob pressão negativa geram um ambiente ideal para a ferida onde macro e micro deformações estimulam a neovascularização gerando melhora da angiogênese com aumento de fluxo sanguíneo e formação de tecido de granulação, redução de edema, estímulo à contração da ferida, e diminuição de diâmetro além da redução da colonização bacteriana (JARJIS; CREWE; MATZEN, 2016)

EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

1) Qual opção abaixo não é uma possível complicação precoce de uma cirurgia?

a) infecção

b) deiscência de sutura

c) hernia

d) evisceração

2) Qual o tempo que diferencia as complicações precoces ou tardias das férias operatórias?

a) 1 a 5 dias

b) 5 a 10 dias

c) 7 a 8 dias

d) a 4 dias

3) De acordo com o caso apresentado, qual foi o evento inicial que desencadeou o desfecho apresentado, como a deiscência da ferida operatória?

R: Contaminação e infecção da ferida operatória e o esforço pós operatório pode ter contribuído.

REFERÊNCIAS

ANSELMO, A. M. et al. As Práticas de Cuidado, Entre Médicos e Enfermeiros, em Feridas Abdominais por Deiscência de Sutura. **Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, v. 3, n. 4, 2005.

BRUNNER, L.S.; SUDDARTH, D.S. Cuidados de enfermagem no pós-operatório. In: Smeltzer, SC. Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. Rio de Janeiro: Guanabara, p. 358-365, 1998.

CARVALHO, D. V.; BORGES, E. L. Tratamento ambulatorial de pacientes com ferida cirúrgica abdominal e pélvica. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 25-33, 2011.

JARJIS, R.D.; CREWE, B.T.; MATZEN, S.H. Post-bariatric abdominoplasty resulting in wound infection and dehiscence. Conservative treatment with medical grade honey: A case report and review of literature. **Internacional Journal Surgery Case Reports**, v. 20, p. 1-3, 2016.

LIMA, R.V.K.S.; COLTRO, O. S.; JÚNIOR, J. A. F. Terapia por pressão negativa no tratamento de feridas complexas. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 44, n.1, 2017.

MERRIL, T.D. **Surgical complications**. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Sabiston Textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice. 17ª ed. Saunders; 2004.

SILVA, C. G.; CROSSETTI, M. G. O. Curativos para tratamento de feridas operatórias abdominais: uma revisão sistemática. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, p. 182-189, 2012.

SIMÕES, J. C., et al. Colostomia tipo Hartmann em ratos: alterações morfológicas e dosagem de hidroxiprolina. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 27, n. 4, p. 253-259, 2000.

WADA, A., et al. Experience with local negative pressure (vacuum method) in the treatment of complex wounds. **São Paulo Medical Journal**, v. 124, n.3, 2006.