

OPINIÃO PESSOAL

O MANEJO DA FERIDA PERINEAL NA RESSECÇÃO ABDÔMINO-PERINEAL DO RETO

Pêdimos a opinião de seis colegas sobre este assunto, porém, José Hyppolito da Silva e Fernando Jorge de Souza não deram sua opinião até o encerramento da edição deste número.

Angelita Habr-Gama

Prof. Livre-Docente de Clínica Cirúrgica da Fac. Med. da Universidade de São Paulo (FMUSP). Ex-Chefe do Serviço de Proctologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE FMO).

A partir de 1974 passamos a usar o método fechado como técnica de eleição para o tratamento da ferida perineal resultante da amputação do reto. Deixamos de suturar primariamente a ferida somente nas seguintes condições: quando ocorre sangramento de hemostasia difícil, ou em presença de contaminação perineal ou pélvica; ou quando é impossível a aproximação das bordas cutâneas sem tensão, devido à extensão da ressecção da pele ou por radioterapia pré-operatória prolongada.

Em 1981 publicamos na Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (p. 147), a técnica por nós utilizada e os resultados obtidos com o fechamento primário da ferida perineal em 136 doentes submetidos à amputação abdômino-perineal do reto.

O períneo é fechado com pontos separados de catgut cromado atraumático n.º 0, aproximando-se a parte remanescente dos elevadores; quando isto não é possível, somente a pele e tecido celular subcutâneo são suturados com fios de Dexon 00, pontos separados. Usamos dreno tubular tipo Folley, exteriorizado por contra-abertura em um dos lados da ferida perineal; estabelecemos irrigação e aspiração contínua ao final da intervenção.

Nos doentes do sexo feminino com tumor de reto ou de ânus, extensos, infiltrando a parede da vagina, em que se torna necessário estender a ressecção do septo reto-vaginal incluindo o corpo perineal e parte posterior dos grandes lábios, utilizamos a técnica proposta por Remington, esta consiste na feitura de duas incisões, de cada lado da porção remanescente do períneo, para formar dois retalhos de pele que são deslizados e suturados na parede vaginal remanescente.

Em 63% dos doentes de nossa série ocorreu cicatrização completa da ferida perineal dentro de período mínimo de 10 dias. Em 37% ocorreram complicações representadas por: deiscência parcial da sutura em 22,7%; deiscência total em 9,4%; hematomas em 2,8% e abscessos em 1,4% dos casos. Quando ocorreu infecção ou hematoma a ferida foi aberta, apresentando igual ou, às vezes, melhor evolução que se houvesse sido deixada primariamente aberta e tamponada.

Acreditamos que no momento atual não persistem dúvidas que o fechamento primário da ferida é o método de escolha, para tratamento da ferida perineal resultante de amputação do reto.

José Maria Chaves

Prof. Adjunto – Livre-Docente em Proctologia do Departamento de Cirurgia do CCS/UFC. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Colo-Proctologia. Presidente da Regional Norte-Nordeste de Colo-Proctologia.

Não existe, da nossa parte, uma rotina generalizada para o manejo da Ferida Perineal nas Ressecções Abdômino-perineais do Reto. Tudo vai depender do posicionamento do tumor, em termos de localização e fixação, bem como do comprometimento ou não de órgãos vizinhos.

Nos casos de excisão extensa de pele e assoalho pélvico, quando de um esvaziamento em bloco, o fechamento primário da ferida perineal não se fazendo possível, praticamos, então, hemostasia cuidadosa, e, em seguida, aplicamos uma luva de borracha repleta de gaze ou pequenas compressas para que haja um tamponamento satisfatório. Vinte e quatro horas depois, principiamos progressivamente a retirada dos pedaços de gaze ou das pequenas compressas (esvaziamento progressivo), até que em 96 horas tenhamos removido toda a luva.

Se a lesão está situada no ânus ou na porção mais distal do reto, a incisão perineal, removendo pele e linfáticos associados em uma área de raio de 6 a 7 cm da ferida anal, se impõe. Todavia, se a lesão se situa no reto superior ou mais acima, efetuamos a incisão da pele de modo não tão alargada (em torno de 3 cm do ânus) facilitando o fechamento – **TÉCNICA POR NÓS PREFERIDA.**

A técnica fechada, além de exigir hemostasia cuidadosa, impõe suturas por planos com pontos separados de fio absorvível 2 ou 3 zeros e instalação de 2 drenos de Penrose, aproveitando a própria ferida, instalados na parte superior (anterior) e inferior (posterior) visando a eliminação de secreção sero-sanguinolenta que existirá fatalmente.

Abolimos, é bom que se frise, a instalação da(s) sonda(s) de drenagem em abertura(s) contralateral(is).

No caso da ferida aberta (tamponada) fazemos permanecer o paciente deitado no leito por cerca de 7 (sete) dias, para evitar o deslizamento de alça delgada na pélvis.

Por fim, em resumo, somente deixamos aberta (e tamponada) a ferida perineal, em duas circunstâncias quando suspeitamos da permanência de resíduo tumoral e/ou quando a extirpação é bastante alargada que não permita o fechamento.

Klaus Rebel

Chefe de Clínica do Serviço de Proctologia do Hospital Municipal Miguel Couto. Proctologista do Hospital Samaritano e da Clínica Sorocaba, Rio de Janeiro.

A ferida perineal na ressecção abdômino-perineal do reto pode ser tratada basicamente de duas maneiras: o fechamento primário e o fechamento secundário.

Reservamos o fechamento secundário, ou por segunda intenção, para os pacientes com tumores que necessitam de excisões cutâneas de grande extensão, em feridas com sangramento abundante e em feridas contaminadas. Nestes casos tamponamos a ferida aberta com compressas, em caso de sangramento, ou com uma luva repleta de gazes, que será esvaziada progressivamente a partir do 3º dia pós-operatório até o 6º ou 7º dias. Em seguida, com a cavidade em fase de cicatrização, lavamos diariamente a ferida perineal com soro fisiológico e solução de furacin até notar uma granulação ativa. A partir do 12º dia aproximadamente iniciamos a higiene perineal com banhos de assento em bacias com água morna feitos pelo próprio paciente, até o fechamento total do períneo, que se faz em geral entre 40 e 60 dias.

Na grande maioria dos pacientes, porém, conseguimos fechar a ferida perineal no ato cirúrgico. Procuramos suturar a ferida por planos com catgut cromado "00" sertix, desde o assoalho pélvico até o subcutâneo. Deixamos uma sonda tipo "Folley-Three-way" de grosso calibre e com balão de 30 ml de capacidade cheio e fechamos a pele com mononylon "000".

Na extremidade inferior da ferida deixamos um dreno de Penrose que vai até o assoalho pélvico e permanece durante aproximadamente 4 dias até a parada de eventual secreção. A sonda de Folley deixamos sempre por contra-abertura a aproximadamente 5 cm à esquerda da incisão cutânea, numa situação que corresponde à metade posterior da ferida perineal.

O paciente já sai da sala de cirurgia com a lavagem contínua com soro fisiológico instalada na sonda de Folley e a terceira via ligada a um coletor, permanecendo assim durante 4 a 6 dias, até a ausência de secreção ou sangue. Temos o cuidado de esvaziar o balão gradativamente a partir do 5º dia, na medida de 10 ml diários para impedir a formação de uma cavidade na ferida perineal deixada pelo próprio balão, o que pode acontecer quando é esvaziado de uma só vez. A partir do 7º dia a sonda então é retirada.

Os pacientes sempre ficam deitados durante 6 a 7 dias para evitar deslizamentos de alças na pélvis e retroversão da bexiga o que causaria dificuldade

de urinar no pós-operatório. Por este motivo deixamos a sonda vesical também neste prazo de sete dias.

Os pontos de mononylon da pele perineal são retirados no prazo de 15 dias aproximadamente.

★ ★ ★

Pedro Gus

Especialista em Proctologia de Porto Alegre – RS.

Desde as nossas primeiras amputações até há mais ou menos três anos, realizávamos esta cirurgia deixando o períneo aberto, para uma cicatrização por segunda intenção.

Nestes últimos anos mudamos nossa atitude em relação à ferida perineal, adotando a sutura da mesma, com alguns detalhes que vamos expor a seguir.

Neste período temos em torno de 50 amputações abdômino-perineais do reto nas quais adotamos a conduta mencionada. Procuramos, no ato cirúrgico, tomar todas as medidas para uma boa hemostasia, principalmente no "espaço constituído" pela retirada do reto, realizando igualmente uma exaustiva lavagem desta cavidade com soro fisiológico, antes da sutura do períneo, posicionando o paciente em uma situação que propicie a passagem do líquido no sentido cavidade-períneo.

Como rotina realizamos o fechamento do peritônio pélvico, sutura contínua com *catgut*.

No fechamento do períneo, que realizamos com pontos separados de seda, deixamos dreno tubular; adotamos para isto algumas variações que dependem de cada caso; realizamos drenagem uni ou bilateral, em ambas com aspirações intermitente, deixando nestas situações um dreno de Penrose na linha de sutura; nos últimos casos temos colocado os dois drenos tubulares na linha de sutura, não usando, então, o dreno de Penrose. Em qualquer uma destas opções estes drenos tubulares têm permanecido em média de sete dias; quando deixamos o dreno de Penrose este é mobilizado após 48 ou 72 horas, sendo totalmente retirado em torno do 5º dia, após realizarmos os curativos introduzindo gaze umedecida com soro fisiológico, mudando 1 ou 2 vezes por dia dependendo da quantidade de secreção. Se houver suspeita de infecção ou confirmação pelo exame laboratorial usamos antibióticos de acordo com o caso, aumentando o número de trocas do curativo da ferida perineal de acordo com a necessidade.

Como exceção ainda usamos a técnica aberta no manejo da ferida perineal, como exemplos citaríamos as contaminações do espaço pélvico com material da luz intestinal, tumores muito grandes e invasivos de estruturas pélvicas e quando a hemostasia não é satisfatória, nestes casos deixamos os clássicos drenos de luvas, fechando, igualmente, o peritônio pélvico com sutura contínua.

Evidentemente o período de hospitalização é mais curto com a técnica fechada, liberando o paciente em torno da 2ª semana de pós-operatório.