

FERIMENTO ABDOMINAL PENETRANTE COM EVISCERAÇÃO OMENTAL: ANÁLISE DE 48 CASOS

ABDOMINAL STAB WOUND WITH OMENTAL EVISCERATION:
ANALYSIS OF 48 CASES

Orlando Jorge Martins Torres, TCBC-MA¹
Jean Carlos Antunes Cintra²
Erico Brito Cantanhede²
Clema Pires Pereira³
Ulrich Andreas Dietz, TCBC-PR⁴

RESUMO: Os autores apresentam estudo retrospectivo de 48 pacientes operados por trauma abdominal penetrante produzido por arma branca, com evisceração omental, no Hospital Municipal Djalma Marques, São Luís - MA, no período de Janeiro de 1993 a dezembro de 1995. As lesões de órgãos intra-abdominais ocorreram em 37 pacientes (77,08%). Os órgãos atingidos foram principalmente o intestino delgado, estômago, cólon, fígado e baço. A incidência de lesões viscerais em ferimentos abdominais com evisceração omental sustentam a exploração mandatória em todos os pacientes que apresentam evisceração omental.

Unitermos: Ferimentos penetrantes; Evisceração omental; Trauma.

INTRODUÇÃO

Os ferimentos abdominais penetrantes produzidos por arma branca apresentam dificuldades quanto à melhor conduta a ser tomada. O índice elevado de laparotomia negativa justifica uma melhor investigação diagnóstica nestes pacientes.^{1,2} A exploração local, quando existe evisceração omental, e desnecessária, pois a penetração peritoneal está confirmada. As principais complicações observadas em laparotomias negativas são as lesões viscerais iatrogênicas, obstrução intestinal e infecção da ferida operatória.

Devem ser também considerados os custos relacionados ao tempo de permanência hospitalar. Entretanto, na presença de evisceração omental persiste a dúvida entre exploração mandatória ou seletiva, uma vez que houve penetração peritoneal.^{3,4} Este estudo tem por objetivo analisar pacientes vítimas de ferimentos abdominais produzidos por arma branca com evisceração omental submetidos a tratamento cirúrgico e suas complicações

MATERIAL E MÉTODO

Foram analisados retrospectivamente 346 pacientes vítimas de ferimento abdominal penetrante, produzido por arma branca, atendidos no Serviço de Cirurgia de Urgência do Hospital Municipal Djalma Marques, São Luís - MA, no período de Janeiro de 1993 a dezembro de 1995. Destes pacientes, 48 (13,8%) apresentavam evisceração omental. Havia 43 pacientes do sexo masculino (89,6%), com idade variando de 12 a 67 anos (média = 32,9 anos).

Os exames de rotina utilizados foram radiografia de tórax e abdome, hematócrito e tipagem sanguínea.

RESULTADOS

Os ferimentos abdominais penetrantes ocorreram mais frequentemente nos quadrantes superiores, em particular, do lado esquerdo. Todos os pacientes foram submetidos a lapa-

-
1. Professor Assistente de Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Maranhão. Mestre em Cirurgia. Coordenador de Plantão - HMDM.
 2. Estudante de Medicina da UFMA.
 3. Residente de Clínica Médica da UFMA.
 4. Professor Adjunto de Clínica Cirúrgica da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná. Mestre e Doutor em Clínica Cirúrgica.

Recebido em 10/4/96

Aceito para publicação em 31/10/96

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia de Urgência do Hospital Municipal Djalma Marques - São Luís - MA.

rotomia exploradora e, destes pacientes, 37 (77,08%) apresentavam lesão de órgãos abdominais (Tabela 1).

Ao exame físico, seis pacientes (16,2%) apresentavam instabilidade hemodinâmica com sudorese, extremidades frias, taquipnéia, taquisfigmia e hipotensão arterial (PA sistólica inferior a 80 mmHg). Clinicamente, apenas oito pacientes dos que apresentavam lesão abdominal (21,6%) exibiam sinais de irritação peritoneal, caracterizados por dor abdominal difusa, distensão abdominal, descompressão dolorosa e, na ausculta, os ruídos hidroaéreos estavam ausentes. O hematócrito estava abaixo de 35% em dez pacientes e o órgão mais frequentemente lesado foi o intestino delgado (Tabela 2).

Entre os órgãos lesados, a associação mais frequente foi a lesão do intestino delgado com lesão do cólon em três pacientes (8,1%). As complicações foram observadas em 11 (22,9%) dos 48 pacientes submetidos a tratamento cirúrgico (Tabela 3).

Tabela 1
Localização dos ferimentos abdominais

Região	Ferimento	Lesão visceral
Quadrante superior direito	14	9
Quadrante superior esquerdo	19	16
Quadrante inferior direito	7	7
Quadrante inferior esquerdo	8	5
Total	48	37

Tabela 2
Órgãos lesados

	nº	%
Intestino delgado	15	40,5
Estômago	4	10,8
Cólon	5	13,5
Fígado	6	16,2
Baço	3	8,1
Duodeno	3	8,1
Mesentério	10	27,0
Outros	7	18,9

Obs: Alguns pacientes apresentavam mais de um órgão lesado

Tabela 3
Complicações em pacientes com evisceração omental

Complicações	nº	%
Infecção da ferida	4	8,3
Infecção respiratória	3	6,2
Abscesso subfrenico	1	2,1
Hérnia incisional	1	2,1
Obstrução intestinal	1	2,1
Hemorragia digestiva	1	2,1

Dos 37 pacientes que apresentavam lesão de órgãos abdominais, ocorreram nove complicações (24,5%), enquanto naqueles que não mostravam lesão de órgãos abdominais foram observadas duas complicações (18,1%).

Dos pacientes que apresentavam infecção da ferida operatória, em três (75%) não houve a ressecção do omento antes da abertura da cavidade abdominal.

Os antibióticos utilizados foram principalmente a associação cloranfenicol e gentamicina (66,6%), com início na indução anestésica durante seis dias em média (variação de 4-12 dias). Outros antibióticos utilizados foram metronidazol e amicacina (20,8%) e cefalotina (12,6%). Ocorreram três óbitos entre os pacientes com lesão de órgãos abdominais (8,1%), devido a choque hipovolêmico no transoperatório por lesão esplênica, hepática e de veia cava inferior (um paciente cada).

DISCUSSÃO

O manuseio de pacientes com ferimento abdominal penetrante por arma branca varia em diferentes centros. Alguns cirurgiões defendem a laparotomia exploradora de rotina neste tipo de ferimento penetrante.¹ O principal argumento é que o exame clínico inicial não é suficiente e lesões abdominais graves podem passar despercebidas.

Diferentes estudos exibem uma incidência de exame abdominal inicial negativo entre 14% e 35% e falso abdome agudo entre 15% e 28%.^{2,3,5}

No estudo de Demetriades e Rabinowitz,⁶ 27,5% dos pacientes com penetração peritoneal comprovada não apresentavam lesão de órgãos intraperitoneais significantes. Torres et al⁷ observaram incidência de 20,7% de laparotomias negativas por trauma abdominal contuso e penetrante. Entretanto, consideraram esses níveis aceitáveis por acreditar que a falta de recursos diagnósticos, tais como ultra-sonografia, tomografia computadorizada e laparoscopia, poderia levar ao retardo no tratamento e suas complicações.

Algumas situações clínicas são consideradas como indicação absoluta para exploração de emergência: a paracentese abdominal positiva para sangue, lavado peritoneal com retorno de sangue, ar livre na cavidade peritoneal ao exame radiológico, sinais de choque hipovolêmico na admissão e evisceração omental.²

A exploração mandatória em casos de ferimento abdominal penetrante por arma branca com evisceração omental tem sido recomendado por diferentes razões. A penetração peritoneal é bem estabelecida, e o omento eviscerado indica que o ferimento apresenta tamanho suficiente para permitir herniação. As complicações observadas em pacientes submetidos a tratamento cirúrgico sem lesão abdominal são desprezíveis se compararmos com a morbi/mortalidade relacionada com as lesões abdominais diagnosticadas e tratadas tardiamente.^{1,8}

A incidência de lesão intra-abdominal é maior em pacientes com evisceração omental do que em todos os casos de ferimentos abdominais penetrantes por arma branca, e o órgão mais frequentemente lesado é o intestino delgado, conforme

observado neste e em outros estudos.^{8,9} O principal fundamento do manuseio seletivo destes pacientes é o exame clínico seriado, o que nem sempre é possível no serviço de emergência.⁶ Neste estudo, a maioria dos pacientes (78,4%) não apresentava sinais de irritação peritoneal, mesmo naqueles com lesão intra-abdominal. A falta de confiabilidade dos achados clínicos e laboratoriais na admissão, como indicador de lesão de órgãos abdominais, não é relevante para a eficácia do manuseio seletivo. A ultra-sonografia, a tomografia computadorizada e a laparoscopia tem se mostrado como importantes recursos auxiliares no diagnóstico de lesões abdominais, porém não estão disponíveis em todos os centros de emergência.^{6,10}

Entre as complicações, a infecção da ferida operatória foi a mais frequentemente observada e está relacionada com

o tempo decorrido entre a lesão e o tratamento, órgãos lesados, presença de contaminação da cavidade peritoneal e evisceração omental.^{2,3,9} A secção do omento eviscerado ou limpeza e devolução para a cavidade peritoneal é motivo de discussão. O omento eviscerado é um órgão contaminado e sua reposição à cavidade abdominal pode estimular o desenvolvimento de infecção peritoneal e da ferida operatória,^{8,9} fato verificado em nossa casuística.

Nosso estudo corrobora os anteriores, mostrando que pacientes com ferimentos abdominais penetrantes provocados por arma branca, com evisceração omental, devido a possibilidade de lesão de órgãos intraperitoneais e suas consequências, devem ser submetidos a exploração abdominal mandatória. A ressecção do omento eviscerado nos parece minimizar a incidência de complicações infecciosas.

SUMMARY

The authors present a retrospective review of 48 patients who underwent exploratory laparotomy in penetrating abdominal trauma with omental evisceration at Hospital Municipal Djalma Marques, São Luís - MA from January 1993 to December 1995. Major intraperitoneal injuries occurred in 37 patients (77.08%). These injuries involved the small bowel, stomach, large bowel, liver, spleen and others. The incidence of major visceral injury coincidental to stab wounds with omental evisceration supports a policy of routine exploratory celiotomy in cases of abdominal stab wounds with omental evisceration.

Key Words: *Penetrating wounds; Omental evisceration; Trauma.*

REFERÊNCIAS

1. Lacy AM, Valdecasas JC, Grande L, et al - Management of penetrating abdominal stab wounds. *Br J Surg* 1988; 75:231-233.
2. Lee WC, Uddo JF, Nance FC - Surgical judgment in the management of abdominal stab wounds. *Ann Surg* 1983; 199:549-554.
3. Peterson SR, Sheldon GF - Morbidity of a negative finding at laparotomy in abdominal trauma. *Surg Gynecol Obstet* 1979; 148:23-26.
4. Miller FB, Cryer HM, Chilikuri S, et al - Negative findings on laparotomy for trauma. *South Med J* 1989; 82:1.231-1.234.
5. Forde KA, Ganepola AP - Is mandatory exploration for penetrating abdominal extinct? *J Trauma* 1974; 14:764-766.
6. Demetriades D, Rabinowitz B - Selective conservative management of penetrating abdominal wounds: a prospective study. *Br J Surg* 1984; 71: 92-94.
7. Torres OJM, Valadão J A, Salazar RM, et al - Laparotomia negativa: riscos e benefícios. *Rev Bras Cir* 1995; 85:13-15.
8. Grandson MA, Donovan A - Abdominal stab wound with omental evisceration. *Arch Surg* 1983; 118:57-59.
9. Weigelt JA, Kingman RG - Complications of negative laparotomy for trauma. *Am J Surg* 1988; 156:544-547.
10. Zantut LFC, Birolini D - Laparoscopia como recurso auxiliar em urgencias abdominais. *Rev Paul Med* 1991; 109:259-264.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Prof. Orlando Jorge M. Torres
Rua Ipanema, 1/204 bloco 1
65076-060 - São Luís - MA