

Laparotomia negativa. Riscos e benefícios

Orlando Jorge Martins Torres¹
José Aparecido Valadão²
Rosimarie Moraes Salazar³
Ailton José Rodrigues Silva³
Osvaldo Ma la faia⁴

RESUMO

TORRES OJM, VALADÃO JA, SALAZAR RM, SILVA AJR & MALAFAIA O - Negative laparotomy. Risks and benefits. Rev bras Cir, 1995; 85(1): 13-15

Os autores apresentam estudo retrospectivo de 78 pacientes submetidos a laparotomia exploradora desnecessária devido a traumatismo abdominal contuso e penetrante, no Serviço de Cirurgia de Urgência do Hospital Municipal Djalma Marques, em São Luís - MA, no período de maio de 1990 a outubro de 1992. O índice de achados negativos em relação a todas as laparotomias por trauma abdominal naquele período foi de 20,7%. Nossos índices de complicações (32%) ocorreram principalmente por problemas pulmonares e infecções da ferida operatória. De grande significado é que dos 78 casos de laparotomia negativa não houve um único óbito. Conclui-se que a exploração abdominal apresenta baixa morbimortalidade e não deve ser descartada como procedimento diagnóstico e terapêutico em pacientes que sofreram trauma abdominal e nos quais os achados são duvidosos.

UNITERMOS: laparotomia; trauma abdominal; complicações abdominais pós-trauma

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

¹Médico do Serviço de Cirurgia de Urgência do Hospital Municipal Djalma Marques. Professor de Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Maranhão. Mestrando em Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Paraná; ²Chefe do Serviço de Cirurgia de Urgência do Hospital Municipal Djalma Marques; ³Internos de Clínica Cirúrgica do Hospital Municipal Djalma Marques; ⁴Professor Titular e Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Paraná.

Copyright© 1995 by
CIDADE-Editora Científica Ltda.

A indicação de laparotomia exploradora por trauma abdominal contuso ou penetrante não deve ser retardada quando o paciente apresenta sinais ou sintomas evidentes de lesão de estruturas intra-abdominais, o que nem sempre é de fácil diagnóstico. Antes de 1960 todos os pacientes portadores de traumatismos penetrantes eram sistematicamente levados à cirurgia para excluir lesões viscerais, fazendo com que os índices de laparotomias desnecessárias ou não terapêuticas se elevassem de maneira considerável, enquanto que mais da metade dos pacientes com trauma abdominal contuso morria de hemorragia intracavitária por retardo diagnóstico^{2,8}.

Diversos recursos auxiliares de propeidêutica abdominal são utilizados com a finalidade de facilitar o diagnóstico o mais precocemente possível, tentando reduzir os índices de laparotomias negativas. Dentre eles temos o lavado peritoneal diagnóstico introduzido por Root¹⁰, a tomografia computadorizada e a laparoscopia. Entretanto, a excessiva confiança nestes exames pode retardar o tratamento operatório, tornando-se

responsável por complicações secundárias a lesões abdominais não tratadas em tempo hábil. Tais complicações, devido ao retardo no tratamento, são tão ou mais graves que uma laparotomia negativa.

Com base nessas observações, decidimos avaliar nossos índices de laparotomias negativas em pacientes com suspeita de traumatismo abdominal, as complicações a ela relacionadas e analisar a necessidade da elaboração de protocolos para o manuseio destes pacientes.

MATERIAL E MÉTODOS

Revisamos retrospectivamente no Serviço de Cirurgia de Urgência do Hospital Municipal Djalma Marques, em São Luís - MA, 376 casos de pacientes submetidos a laparotomia exploradora por trauma abdominal no período de maio de 1990 a outubro de 1992, dos quais 78 pacientes (20,7%) foram classificados como laparotomia negativa ou não terapêutica, definido por Forde⁶ como incapacidade de penetração na cavidade peritoneal ou penetração sem lesão vis-

ceral que necessitasse tratamento operatório. Os pacientes eram 61 do sexo masculino e 17 do sexo feminino, com idade variando de 15 a 59 anos (média 33,6 anos).

As lesões abdominais foram produzidas por trauma contuso ou penetrante de natureza diversa, com frequência maior de lesões por arma branca (Tabela 1).

O local inicial da lesão ocorreu nas regiões abdominal e extra-abdominal, predominantemente na parede anterior do abdome (Tabela 2).

A indicação cirúrgica para todos os pacientes que sofreram traumatismos abdominais penetrantes produzidos por arma de fogo foi imediata e sem exames adicionais. O principal determinante de laparotomia exploradora nos pacientes com ferimentos produzidos por arma branca foi o exame clínico, enquanto que aqueles com trauma abdominal contuso foi indicada a cirurgia após avaliação clínica com instabilidade hemodinâmica em nove pacientes, e associado à punção o lavado peritoneal positivo para sangue em quatro pacientes.

RESULTADOS

Dos 376 pacientes submetidos à laparotomia exploradora por traumatismo abdominal, 78 tiveram exploração negativa. Analisando especificamente esse grupo de pacientes, tivemos, no transoperatório, uma complicação por lesão iatrogênica de baço com sangramento abundante, sendo o paciente submetido a esplenectomia total e algumas complicações ocorridas no período pós-operatório, como obstrução intestinal, hérnia incisional, infecção urinária, pneumonia e infecção da ferida operatória (Tabela 3).

O tempo de internação hospitalar destes pacientes variou de quatro a 25 dias (média 11,2 dias). Dois pacientes apresentavam traumatismo torácico associado, o que contribuiu para a permanência hospitalar prolongada.

Tabela 1

Laparotomia negativa por trauma abdominal.		
	Nº	%
Trauma abdominal	376	
Laparotomia negativa	78	20,7
Trauma contuso	13	16,6
Trauma penetrante:		
Arma branca	42	53,9
Arma de fogo	23	29,5

Tabela 2

Laparotomia negativa. Local do trauma.		
Local	Nº	%
Parede anterior	38	48,8
Flanco	9	11,5
Dorso	26	33,3
Tórax	5	6,4

Tabela 3

Complicações da laparotomia negativa em 78 pacientes.		
Complicações	Nº	%
Precoce:		
lesão de baço	1	1,2
Tardia:		
infecção da ferida	16	20,6
infecção urinária	1	1,2
pneumonia	4	5,2
obstrução intestinal	1	1,2
hérnia incisional	2	2,6
Mortalidade		
Total	25	32,0

O índice de complicações precoces e tardias nos pacientes submetidos a laparotomia negativa foi de 32%. Não houve óbitos.

DISCUSSÃO

O manuseio de pacientes com suspeita de trauma abdominal continua sendo um desafio, pois o elevado número de laparotomias desnecessárias se contrapõe ao perigo de lesões esquecidas em pacientes com achados clínicos duvidosos, assim como a diminuição dos índices de laparotomias negativas, que apresenta baixa mortalidade, e se acompanha do aumento da morbimortalidade relacionada ao tratamento retardado^{1,8}.

Até algum tempo atrás a laparotomia exploradora era de indicação imediata em todos os pacientes com lesão por arma de fogo e em todos aqueles com ferimentos por arma branca cujo exame clínico revelasse penetração na cavidade peritoneal. Ferimentos tangenciais por arma de fogo e lesões por arma branca no tórax, flanco e dorso ainda representam os mais difíceis problemas diagnósticos.

Diversos recursos têm sido utilizados com a finalidade de diminuir os índices de laparotomias negativas. O lavado peritoneal diagnóstico está indicado sempre que o exame clínico é impossível ou inconclusivo, sua contra-indicação absoluta é quando já existe uma outra indicação de laparotomia exploradora e o tempo para realizá-la pode ser potencialmente perigoso. É criticado no trauma abdominal contuso por ser muito sensível, indicando cirurgia em casos desnecessários, o que por vezes não altera a conduta de operar ou observar, além de não ser um bom indicador para lesões retroperitoneais¹⁻¹⁰. Nos nossos pacientes este procedimento contribuiu com 5,2% das laparotomias negativas.

A utilização de cateteres nas feridas é exame inacurado para determinar profundidade, podendo produzir falsos trajetos e levar a infecções.

A tomografia computadorizada é mais específica e certamente pode ser útil em casos selecionados, necessita da mobilização do paciente para sua realização, sendo contra-indicado em pacientes com condições instáveis, pode falhar no diagnóstico de lesões de vísceras ocas, ajuda a reduzir os índices de laparotomias negativas, porém não é dis-

ponível na grande maioria dos hospitais públicos de emergência e até mesmo nos grandes serviços⁵

O uso da laparoscopia como recurso diagnóstico tem demonstrado acurácia, vem sendo utilizado em alguns centros^{3, 7} e, entre nós, Zantut e Birolini¹² demonstravam redução de 70% de cirurgias desnecessárias, com 0,6% de complicações. Requer instrumental especializado, pessoal adestrado e, algumas vezes, anestesia geral.

As complicações por nós observadas nos pacientes submetidos a laparotomias negativas se aproximam das registradas na literatura. A esplenectomia acidental durante laparotomia não é aceita, mas é reconhecida como um risco durante procedimentos eletivos ou de emergência⁴. A obstrução intestinal é complicação que pode ocorrer em qualquer procedimento abdominal e diversos fatores têm sido relacionados ao aparecimento de hérnia incisional^{6, 9, 11}.

Concordamos que tentativas para diminuir a incidência de laparotomias negativas são louváveis, mas em pequeno número de pacientes a exploração da cavidade abdominal é o meio mais rápido, mais fácil e mais acurado de excluir lesão, pois, se a possibilidade aumenta, o retardo no tratamento passa a ser perigoso.

Pacientes em condições estáveis são os melhores para serem avaliados clinicamente ou por qualquer outro meio diagnóstico. Aceitamos que os índices de laparotomias negativas devam ser reduzidos, mas não às custas do aumento da morbimortalidade relacionada ao retardo diagnóstico. Não estamos indicando exploração cirúrgica para todos os casos; entretanto, o mais importante é o reconhecimento e tratamento das lesões abdominais o mais rápido possível.

É compreensível que a deficiência de meios diagnósticos adequados em alguns centros hospitalares contribua para a realização de maior número de laparotomias exploradoras em casos duvidosos. Contudo, deve ficar em nossa mente que, apesar da simplicidade do método, este não é isento de complicações. Por conseguinte, muito bom senso e equilíbrio devem existir no momento de indicar a laparotomia exploradora no trauma abdominal.

SUMMARY

The authors present a retrospective review of 78 patients underwent unnecessary¹ exploratory laparotomy in blunt or penetrating abdominal trauma at Hospital Municipal Djulma Marques, São Luís - MA from May 1990 to October 1992. Our negative findings rate were 20.7%. Our complication rate (32) was chiefly from pulmonary problems and wound infection. Of greater significance is the fact that in these 78 cases of negative exploration there is not a single death. We have concluded that abdominal exploration has a low incidence of complications and should not be discarded as a viable diagnostic and therapeutic procedure in patients with equivocal findings.

KEY WORDS: laparotomy; abdominal trauma; complications in laparotomy

REFERÊNCIAS

1. Bagwell CE, Ferguson WW. Blunt abdominal trauma: exploratory laparotomy or peritoneal lavage? *Am J Surg* 1980; 140: 368-373.
2. Buck GC, Dalton ML, Neely WA. Diagnostic laparotomy for abdominal trauma: a university hospital experience. *Am Surg* 1986; 52: 41-43.
3. Cortesi N, Zambarda E et al. Laparoscopy in routine and emergency surgery. Experience with 1,720 cases. *Am J Surg* 1979; 137: 647-649.
4. Danforth DN, Thorbjarnarson B. Incidental esplenectomy: a review of the literature and the New York hospital experience. *Ann Surg* 1976; 183: 124-129.
5. Federle M, Crass R et al. Computed tomography in blunt abdominal trauma. *Arch Surg* 1982; 117: 645-650.
6. Forde KA, Ganepola AP. Is mandatory exploration for penetrating abdominal trauma extinct? The morbidity and mortality of negative exploration in a large municipal hospital. *J Trauma* 1974; 14: 764-766.
7. Gazzaniga AB, Stanton WW, Bartlett RH. Laparoscopy in the diagnosis of blunt and penetrating injuries to the abdomen. *Am J Surg* 1976; 131: 315-323.
8. Miller FB, Cryer HM et al. Negative findings on laparotomy for trauma. *South Med J* 1989; 82: 1231-1234.
9. Peterson SR, Sheldon GF. Morbidity of a negative finding at laparotomy in abdominal trauma. *Surg Gynecol Obstet* 1979; 148: 23-26.
10. Root H, Hauser C et al. Diagnostic peritoneal lavage. *Surgery* 1965; 57: 633-637.
11. Weigelt JA, Kingman RG. Complications of negative laparotomy for trauma. *Am J Surg* 1988; 156: 544-547.
12. Zantut LFC, Birolini D. Laparoscopia como recurso auxiliar em urgências abdominais. *Rev Paul Med* 1991; 109: 259-264.