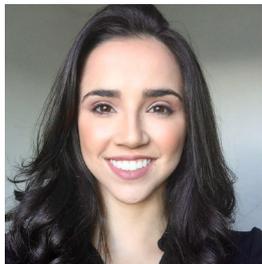


Uso da terapia de pressão negativa no tratamento de deiscência em abdominoplastia de paciente pós-bariátrico: relato de caso

LÍVIA NEFFA^{1,2*}VALÉRIA ROCHA MAIA^{1,2}CLÊNIO MARTINS DE SOUZA COELHO^{1,2}IZABELLA COSTA ARAÚJO^{1,2}

RESUMO

Introdução: As deiscências são complicações frequentes nas abordagens de contorno abdominal, e os pacientes pós-cirurgias bariátricas possuem riscos maiores de complicações. Na literatura, a grande maioria das deiscências tem conduta conservadora, aguardando uma cicatrização por segunda intenção; porém, a terapia de pressão negativa, já consagrada para tratamento de feridas complexas, pode ser uma boa alternativa para as deiscências abdominais. **Objetivo:** Demonstrar o uso de terapia de pressão negativa com fechamento primário retardado como uma alternativa à cicatrização por segunda intenção na abordagem de deiscências pós-dermolipectomia abdominal. **Relato de caso:** Paciente, gênero feminino, diabética, tabagista e hipertensa, 53 anos, submetida à cirurgia bariátrica com perda ponderal estável de 30 kg dois anos antes da avaliação para tratamento do contorno corporal. Submetida à dermolipectomia abdominal em âncora com a neofaloplastia sem intercorrências imediatas. Com sete dias, apresentou quadro compatível com seroma de drenagem espontânea com deiscência e posterior infecção de ferida. Após insucesso do tratamento ambulatorial, foi internada e tratada com antibioticoterapia venosa e uso de terapia de pressão negativa em zona de deiscência. Apresentou melhora clínica e laboratorial com o tratamento possibilitando, inclusive, fechamento completo da deiscência apresentada pela paciente. **Discussão:** Seroma, infecção e deiscência são complicações frequentes em procedimentos cirúrgicos. O uso da terapia de pressão negativa já é descrita pela literatura como opção em feridas complexas, e se encaixou com uma boa opção do caso relatado. **Conclusão:** O caso relatado demonstra que a terapia de pressão negativa pode ser uma alternativa para o tratamento de deiscências pós-dermolipectomias abdominais.

Descritores: Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Cirurgia bariátrica; Gastroplastia; Abdominoplastia; Obesidade; Vácuo; Deiscência da ferida operatória; Tratamento de ferimentos com pressão negativa; Contorno corporal.

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0112

INTRODUÇÃO

As deiscências são complicações frequentes nas abordagens de contorno abdominal¹. Quando maiores, podem resultar de tensão ou necrose marginal da lesão, ocorrendo principalmente na parte distal dos retalhos, próximos a linha média¹. Os pacientes pós-cirurgias bariátricas possuem um risco ainda maior de complicações². Na literatura, a grande maioria das deiscências tem conduta conservadora, aguardando uma cicatrização por segunda intenção^{1,2}. Quando esta não é possível, uma enxertia cutânea pode ser necessária^{1,2}. O avanço adicional do retalho é pouco indicado e raramente possível¹.

A terapia de pressão negativa já é consagrada para tratamento de feridas complexas³. Seu mecanismo de ação envolve um ambiente ideal para a ferida com aumento do fluxo sanguíneo no leito, melhora da angiogênese com aumento do tecido de granulação, redução de edema, estímulo à contração da ferida, e diminuição de diâmetro além da redução da colonização bacteriana^{3,4}. Suas propriedades podem trazer benefícios e tornarem-se alternativas nos tratamentos de deiscências em abdominoplastia de pacientes após perda ponderal.

OBJETIVO

Este trabalho objetiva demonstrar o uso de terapia de pressão negativa com fechamento primário retardado como uma alternativa à cicatrização por segunda intenção na abordagem de deiscências pós-dermolipectomia abdominal.

RELATO DE CASO

Paciente, gênero feminino, 53 anos, submetida à cirurgia bariátrica com perda ponderal de 30 kg em 2016. Apresentava peso inicial de 100 kg, IMC de 37,18. Após dois anos, procurou a equipe de cirurgia plástica para tratamento da deformidade de contorno abdominal já com peso estabilizado de 70 kg e IMC de 26,02.

Paciente diabética, insulínica dependente, hipertensa e dislipidêmica. Negava alergias. Tabagista há 19 anos/maço. Ao exame, apresentava-se corada, hidratada, em bom estado geral, sendo observada lipodistrofia abdominal com abdome em avental, múltiplas estrias, diástase abdominal e hérnia em região umbilical de médio volume. Presença de cicatriz

¹ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil.

² BIOCOR Instituto, Nova Lima, MG, Brasil.



supraumbilical mediana de colecistectomia e cicatrizes da abordagem videolaparoscópica da bariátrica (Figuras 1 e 2).



Figura 1. Pré-operatório - visão frontal e oblíqua.



Figura 2. Pré-operatório - visão frontal e oblíqua.

Foi proposta, pela equipe de cirurgia geral, a dermolipectomia abdominal em âncora para tratamento da deformidade circunferencial do contorno abdominal, com tratamento da diástase abdominal e neo-onfaloplastia em abordagem simultânea à hernioplastia. A paciente foi liberada com as orientações pré-operatórias que incluíram a abstinência do tabagismo por, pelo menos, 30 dias antes da cirurgia.

Em 25/01/2019, a paciente foi submetida ao tratamento proposto com realização de dermolipectomia abdominal em âncora com a neo-onfaloplastia proposta por Donnabella⁵. Foram realizados pontos de Baroudi em toda a extensão da ferida cirúrgica fixando os retalhos à aponeurose abdominal, e não foram utilizados drenos. Os procedimentos tiveram duração total de 150 minutos, sendo 40 destes correspondentes à abordagem da hérnia pela cirurgia geral. Realizou-se antibioticoprofilaxia peroperatória, e para prevenção de fenômenos tromboembólicos foram utilizadas meias elásticas e compressor pneumático intermitente durante todo o ato cirúrgico, além de quimioprofilaxia com enoxaparina 40 mg, por 7 dias, iniciada 9 horas após o procedimento.

A paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta no primeiro dia de pós-operatório, após ser submetida à drenagem linfática e colocação da malha de compressão cirúrgica. Foi orientada a não molhar o local da incisão por 48 horas, período a partir do qual foi liberado o banho.

No primeiro retorno, com 5 dias de pós-operatório, apresentava boa evolução das feridas operatórias, sem secreções, sem áreas de sofrimento cutâneo e sem sinais de coleções. Porém, iniciou com pápulas pruriginosas e hiperemias em toda a extensão de contato da malha cirúrgica, quadro sugestivo de dermatite de contato. Foi orientada para uso de uma blusa de algodão sob a malha e observação da evolução por 48 horas. Como não houve resolução do quadro, com 7 dias de pós-operatório, a paciente cessou o uso de malha cirúrgica e foi orientada para uso de peça íntima maior e mais justa no local.

Três dias após, com dez dias de pós-operatório, a paciente entrou em contato informando que ocorrera drenagem de secreção serosa pela cicatriz umbilical e região infraumbilical, em moderada quantidade, de forma espontânea. Ao exame, foi identificada pequena deiscência de sutura infraumbilical com drenagem de secreção serosa.

Evoluiu com hiperemia perilesional e espessamento da secreção, sendo iniciada antibioticoterapia oral com amoxicilina+clavulanato. Houve melhora progressiva do volume da drenagem, mas apresentou aumento da área de deiscência para cerca de 5 cm em região infraumbilical, sendo orientada a realizar curativo local com hidrogel, duas vezes ao dia.

Em 15/02/19, com 21 dias de pós-operatório, apresentou dor abdominal recorrente e ao exame verificamos persistência de secreção purulenta na ferida, apesar da antibioticoterapia. Além da deiscência, era possível verificar pouca cicatrização da área profunda dos retalhos, com grande área de solapamento. Devido ao quadro clínico, comorbidades da paciente e ausência de resolução completa com antibioticoterapia oral, optamos por internação hospitalar para antibioticoterapia venosa. Na admissão, já foi realizada limpeza da parede com solução fisiológica através da área de deiscência e mantido curativo com hidrogel. A revisão laboratorial mostrava aumento no número de bastonetes e elevação da proteína C reativa.

Diante das comorbidades da paciente, da cicatrização profunda encontrar-se insatisfatória e da declaração que, ao invés de cessar o tabagismo, a paciente havia apenas reduzido o número de cigarros por dia, os autores sentiram necessidade de associar tratamento que estimulasse melhora local da ferida. A opção de aguardar a cicatrização por segunda intenção aparentou ser mais mórbida, assim como a enxertia com necessidade de área doadora. Portanto, foi solicitada terapia por

pressão negativa para cobertura da ferida visando à melhora da vascularização, diminuição do edema e mobilização dos retalhos locais.

Após cinco dias de internação, já com melhora laboratorial e sem secreção purulenta ao exame, a paciente foi submetida à abordagem cirúrgica do ferimento. Realizou-se limpeza com soro fisiológico a 0,9%, de forma repetida, e desbridamento das bordas da área de deiscência. Algumas regiões receberam sutura simples para reforçar a proteção das áreas com perideiscência. Mantinha um descolamento profundo (Figura 3) no qual foi posicionado curativo com espuma hidrofóbica de poliuretano, seguido de película adesiva e instalação do sistema de terapia negativa contínua, 125 mmHg, com reservatório (Renasys®, Smith e Nephew). Manteve-se com o mesmo curativo por sete dias, quando foi levada novamente ao bloco cirúrgico.



Figura 3. Intraoperatório demonstrando que, apesar da deiscência relativamente simples na superfície, a pinça cirúrgica foi introduzida em metade de seu comprimento na parte profunda da ferida, demonstrando a pouca cicatrização profunda do retalho.

Na primeira troca do curativo, apresentava melhora significativa da granulação da ferida, melhor aderência do retalhos ao plano profundo, sem drenagem significativa de secreções, e melhora do edema perilesional, sendo possível, portanto, avanço bilateral dos retalhos e fechamento primário retardado de toda a área de deiscência de forma segura e sem tensão (Figura 4). Os autores optaram pela colocação do dispositivo de pressão negativa sobre a ferida suturada e o mantiveram por mais sete dias.

A paciente apresentou boa evolução clínica, sem intercorrências, com normalização dos exames laboratoriais



Figura 4. Resultado imediato intraoperatório após fechamento de toda área de deiscência inicial. Em região de cicatriz umbilical foi posicionado curativo de gaze com petrolato.

e completou 14 dias de antibioticoterapia guiada por cultura. Recebeu alta hospitalar após retirada da terapia de pressão negativa, com orientação de uso de óleo de girassol, duas vezes ao dia, nas cicatrizes.

Nos retornos pós-operatórios até 30 dias da última abordagem, a paciente apresentou boa evolução clínica, sem novas intercorrências e exibindo cicatrizes cirúrgicas em bom aspecto, lineares e sem alargamentos significativos (Figuras 5 e 6).

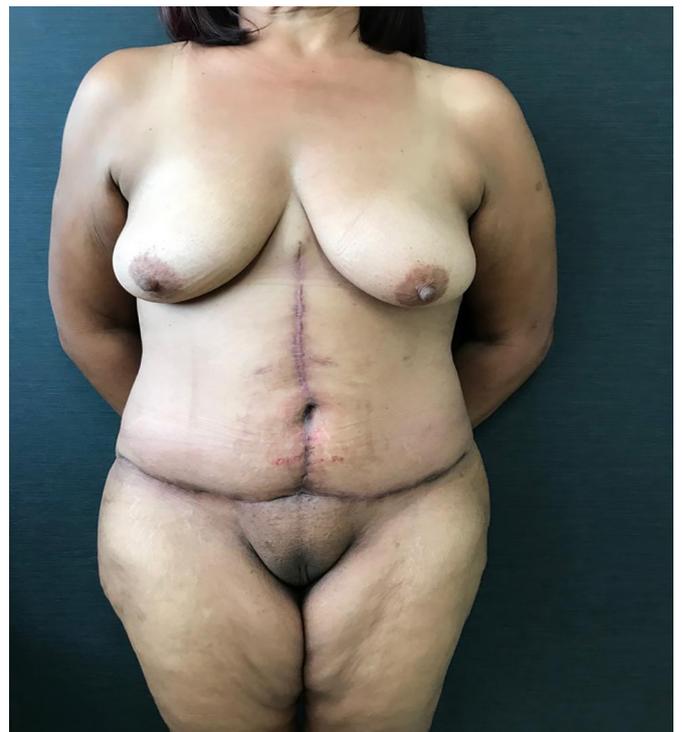


Figura 5. Pós-operatório de 30 dias – visão frontal e oblíqua.



Figura 6. Pós-operatório de 30 dias – visão frontal e oblíqua.

DISCUSSÃO

Seroma, infecção e deiscência são complicações frequentes em procedimentos cirúrgicos, com índices particularmente elevados em paciente obesos e diabéticos⁴. O tabagismo também aparece como fator de risco para complicações¹. A paciente do caso apresentado, além do diabetes, não seguiu as orientações pré-operatórias e manteve o tabagismo.

Os autores acreditam que sem a compressão da malha a paciente desenvolveu um seroma, com drenagem espontânea, que evoluiu com deiscência e infecção local, desenvolvimento facilitado pelas comorbidades da paciente.

O uso da terapia de pressão negativa já é descrita pela literatura como opção em feridas complexas, e se encaixou com uma boa opção do caso relatado. Como não houve instalação de necrose e as complicações não sugeriam uma etiologia de tensão em excesso, o fechamento primário retardado era desejado.

Portanto, o avanço adicional que tem seu processo dificultado na maior parte dos casos¹, era uma possibilidade, caso a terapia de pressão negativa trouxesse boa reposta.

Clinicamente, a melhora observada na primeira troca da paciente reflete os benefícios da terapia, já descritos na literatura, como a melhora de fluxo sanguíneo local, a melhora do edema e desenvolvimento do tecido de granulação^{3,4}.

A decisão de manter a terapia de pressão negativa após o fechamento da ferida, com avanço dos retalhos, é respaldada na literatura, e mostra que, se utilizada de forma profilática, pode diminuir o risco de infecção e seroma⁴.

A sua utilização, inclusive, traz menor tensão na linha de sutura e menores taxas de deiscências em feridas operatórias^{4,6}.

CONCLUSÃO

O caso relatado demonstra que a terapia de pressão negativa pode ser uma alternativa segura para o tratamento de deiscências pós-dermolipectomias abdominais, principalmente quando uma mobilização adicional do retalho é desejada para um fechamento mais precoce e seguro.

REFERÊNCIAS

1. Richter DF, Stoff A. Abdominoplasty procedures. In: Neligan PC (ed.). Plastic Surgery: Aesthetic. Elsevier; 2013; 530-58.
2. Jarjis RD, Crewe BT, Matzen SH. Post-bariatric abdominoplasty resulting in wound infection and dehiscence. Conservative treatment with medical grade honey: A case report and review of literature. *Int J Surg Case Rep.* 2016; 20:1-3.
3. Hasan MY, Teo R, Nather A. Negative-pressure wound therapy for management of diabetic foot wounds: a review of the mechanism of action, clinical applications, and recent developments. *Diabet Foot Ankle.* 2015 Jul; 6:27618. doi: 10.3402/dfa.v6.27618. eCollection 2015.
4. Hyldig N, Birke-Sorensen H, Kruse M, Vinter C, Joergensen JS, Sorensen JA, Mogensen O, Lamont RF, Bille C. Meta-analysis of negative-pressure wound therapy for closed surgical incisions. *Br J Surg.* 2016 Apr; 103(5):477-86. doi: 10.1002/bjs.10084.
5. Donnabella A. Reconstrução anatômica da cicatriz umbilical. *Rev Bras Cir Plast.* 2013; 28(1):119-23.
6. Strugala V, Martin R. Meta-analysis of comparative trials evaluating a prophylactic single-use negative pressure wound therapy system for the prevention of surgical site complications. *Surg Infect.* 2017 Oct; 18(7):810-9.

*Endereço Autor:

Lívia Neffa

Alameda da Serra, nº891, Sala 810 - Nova Lima, MG, Brasil

CEP: 34000-000

E-mail: dralivianeffa@gmail.com