

12 de Agosto de 2007.

Professor Chamon.

## Laparotomias

### Direção

#### **a) Transversal**

Obliqua

Curva

#### **b) Combinada**

Abdominal-abdominal

Tóraco-abdominal

### Posição

Com relação à posição do abdome.

#### **a) Anterior**

#### **b) Lateral**

extra-retal

#### **c) Posterior**

Lombar (lombotomia é via de acesso para se chegar ao rim).

### Altura

A cicatriz umbilical é o limite de divisão do abdome.

#### **a) Supra-umbilicais**

#### **b) Infra-umbilicais**

**c) Laparotomias médio ou para-umbilicais:** as que acontecem no mesogástrio.

**d) Xifupubiana:** desde o processo xifóide até a região pubiana. Não é nem infra, nem supra, é tudo.

### Extensão

Há dúvidas entre o que é mini e o que é laparotomia maior.

**a) Paracentese abdominal:** laparotomia microscópica.

**b) Laparotomia mínima:** difícil precisar o limite em centímetros.

**c) Laparotomia limitada ou restrita:** não permite aumentar, do contrário, vai haver lesão de muito mais estruturas.

**d) Laparotomia extensa ou ampliada:** começa pequena e permite o aumento sem trazer trazer grande anarquia na anatomia na parede abdominal.

### Critérios de seleção

Qual a via de acesso que trás boa estética.

**a) Doença básica:** deve-se pensar primeiro na doença básica. Apendicectomia deve ser acessada pela FID. Na urgência, como não sabemos a localização da doença básica, utilizamos as vias de acesso universais

longitudinais: mediana xifoumbilical. Se ela for supra-umbilical e precisamos prolongar, pode ser realizado sem problemas.

**b) Situação clínica:** é o caso da emergência, na qual é preciso fazer uma via de acesso que possibilite aumentar se houver necessidade.

**c) Biótipo:** apresenta pouco peso no adulto. Nas crianças como o diâmetro latero-lateral é maior, as vias de acesso costumam ser transversais.

**d) Idade:** quanto mais idoso o indivíduo, menos tempo ele deve ficar na mesa de cirurgia.

**e) Estado geral:** existem vias de acesso cuja incidência de problemas de cicatrização é maior. Escolhe-se a via que der menos hérnia incisional (evisceração ou eventração?).

## f) Sexo

### Considerações de anatomia

A parte anterior apresenta um grupo de musculatura muito mais frágil do que a parte posterior. Por isso a chegada na cavidade abdominal é mais simples pela parte anterior ou lateral.

**Inervação:** há um grupo de nervos que chega de cada lado. Eles vão em direção a linha média e se encontram. Assim, a incisão na linha média não lesa nervos.

Incisão para-mediana pode lesar nervos.

A lesão de nervos sensitivos da pele costuma dar parestesia, apesar de gerar pouco comprometimento funcional. Na incisão paramediana, o trecho entre a incisão e a linha média fica com parestesia.

A lesão dos nervos paramedianos pode trazer transtornos para a musculatura.

Uma via de acesso que segue paralelo ao eixo dos nervos lesa menos (a lesão sensitiva sempre ocorrerá, mas a lesão motora para os músculos será menor).

As artérias da região são muito anastomosadas de modo que suas lesões são compensadas pelo outro lado.

Na região inguinal deve-se ter especial atenção com o nervo íleo-inguinal que vai para a região escrotal.

A parede anterior é composta de tecido mole.

A parede posterior é composta por um conjunto de musculatura e ossos que garantem resistência maior.

### Trajetos de diferentes vias de acesso

- Incisão na linha média: incisiona a linha Alba, não incisiona músculo, nem nervo.
- Incisão paramediana para-retal interna (medial): pode preservar os nervos e vasos que vão para o músculo. Garante integridade do reto-abdome.
- Incisão paramediana média: secciona parte de nervos e vasos. Compromete integridade da parede abdominal.
- Incisão paramediana para-retal externa (lateral): acaba com a inervação do músculo reto abdominal.
- Essas vias de acesso são chamadas de vias de Lennander.
- Incisão de Davis: via de acesso transversal para o apêndice.
- Vias de acesso de McBurney: oblíqua, na junção dos dois terço mediais com o terço distal na linha que une a crista ilíaca superior com o umbigo.
- Incisão de Kocher: compromete inervação.
- Incisão de Queinu: para vesícula biliar, cabeça de pâncreas, fígado, etc. Compromete inervação.
- Incisão mediana: permite prolongamento.
- Incisão paramediana. (Lennander): permite prolongamento.
- Incisão paramediana para-retal externa (Jalaguier): também permite abordar apêndice. Permite lesar nervos.
- Incisões de hérnias inguinais.
- Incisão Pfannenstiel (supra-púbica): para cesarianas. Em se tratando de pele, SC, aponeurose, ela é transversa. A seguir, disseca-se o músculos em sentido superior e inferior e abre-se o peritônio.
- Incisão de Lê Clerck: para retirada do pâncreas inteiro.
- Lobotomias direita e esquerda.

### Cuidados antes de abrir o peritônio

Observar o peritônio: as alças estão em contato direto com o peritônio: a entrada intempestiva com o bisturi pode perfurar alças. Se o idv já tiver sido operado, a situação é mais complicada ainda.

Na cavidade abdominal só há ar na luz intestinal. O ar fora de alça intestinal é pneumoperitônio e até que se prove contrário é sinal de alguma doença (diverticulite perfurada; úlcera perfurada). Assim, quando você abre a cavidade peritoneal, a entrada de ar afasta as alças e facilita a penetração na cavidade. Paciente operado previamente provoca aderência da alça com a parede e aí quando houver o corte pode ser que as alças não se encolham.

### **Síntese das laparotomias**

#### **Tipos de suturas**

- Sutura por planos.
- Sutura mista: pontos que pegam todas as camadas (peritônio, aponeurose posterior e músculo) e pontos que pegam só uma camada (aponeurose anterior).
- Sutura em massa: pontos que pegam todas as camadas da cavidade.
- Sutura em massa parcial.

#### **Suturas**

- Pontos simples e separados.
- Pontos simples contínuos.
- Ponto é a unidade da sutura.
- Pontos em 8 separados.
- Pontos em 8 contínuos.

#### **Sutura por planos**

- Aponeurose deve-se usar fio inabsorvível porque ela demora pra cicatrizar.
- Na incisão mediana, preocupação com a síntese da linha Alba e não da aponeurose.
- Ponto em U para fixação do dreno de tórax é o único que deve ser forte; os outros causam necrose.

#### **Cuidados com os pontos de pele**

Pontos equidistantes sem apertar.

#### **Pontos em massa**

O ponto da pele ganha o peritônio e volta até a pele.  
Os pontos alcançam todas as camadas.

#### **Fechamento primário retardado de pele e SC**

Deixam-se pele e SC abertos. A sutura é feita em torno do quarto ou quinto dia de PO, desde que não haja infecção.

#### **Fechamento primário retardado**

### **Laparostomia**

Outro procedimento. Tudo que termina em stomia significa boca.

Significa deixa a cavidade abdominal aberta.

São condições de exceção

- Em alguns casos de peritonite: não se fecha a parede abdominal. As condições da cavidade não permitem uma limpeza segura. Será necessário curativo diário. Existe "congelamento" das estruturas da cavidade. Não há risco de evisceração durante os esforços como tosse ou reação à prótese respiratória, etc.
- Na prevenção da síndrome compartimental: em situações de reoperações; após cirurgia eletiva ou cirurgia de urgência muito prolongadas ou em politransfundidos ou com sangramento para o retroperitônio. O volume do conteúdo abdominal aumenta devido ao seqüestro de líquido para o terceiro espaço. O fechamento da cavidade é sob tensão, o que determina aumento da pressão abdominal... Utiliza Bolsa de Bogotá (saco

plástico) que é fixado na parede abdominal para evitar saída das alças. Evita a dificuldade de respirar, do retorno venoso.

### **Complicações das Laparotomias**

**Gerais/clínicas:** acontecem em qualquer procedimento cirúrgico.

Infecção local.

Problema respiratório: pneumonia, atelectasia, embolia pulmonar.

Trombose venosa profunda (TVP).

### **Específicas/cirúrgicas**

Sangramento

Deiscência: eventração (hérnia incisional – pode ser esperado, não dependendo do cirurgião – afastamento parcial da borda da ferida); evisceração (paciente chega na enfermaria segurando as alças intestinais; PO imediato por síntese inadequada após esforço). A evisceração é culpa do cirurgião que aplicou síntese inadequada.