

CONSIDERAÇÕES SOBRE A SUTURA OU NÃO DO PERITÔNIO PARIETAL EM CÃES

Consideration about the suture or don't suture of parietal peritoneum of dogs

Duvaldo Eurides*, Alceu Gaspar Raiser**, Sérgio Amaro Guimarães Fialho***,
Ney Luis Pippi**** e Murilo Nogueira dos Santos****.

RESUMO

Foram avaliados 25 cães, machos e fêmeas, quanto a aderência às feridas cirúrgicas peritonais suturadas ou não. Dez deles provenientes do Biotério Central da Universidade Federal de Santa Maria e os demais da rotina do Hospital Veterinário. Em 15 pacientes procedeu-se a síntese do peritônio parietal, ficando os restantes sem sutura.

A ausência de sutura do peritônio parietal apresentou resultado favorável, recomendando-se o seu uso.

SUMMARY

Twenty-five mongrel adult dogs, males and females were studied in order to verify the behaviour or peritoneal healing. In one group the peritoneal wounding were sutured and in another weren't. The non suturing wound presented favorable results.

INTRODUÇÃO

São conhecidos como fatores etiológicos de aderências peritoneais, o contato com soluções hipertônicas ou hipotônicas; peritonites (1), hemorragias (1, 7) e esquemia tecidual (1, 3, 5). São evidenciados ainda, o uso intraperitoneal de corpos estranhos como fio de sutura (4), prótese de plástico, instilação de talco ou antibióticos em pó (3) e o trauma peritoneal (5).

Tem-se verificado que as intervenções cirúrgicas na cavidade abdominal provocam, em certas circunstâncias, aderências indesejáveis das vísceras. Alguns autores (3, 4) têm recomendado a prática de não suturar as feridas cirúrgicas no peritônio, salientando que não ocorrem aderências, ao contrário do que se veri-

* Professor Nível Seis do Departamento de Medicina Animal da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.

** Professor Assistente do Departamento de Clínica de Pequenos Animais da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

*** Professor Adjunto do Departamento de Clínica de Pequenos Animais da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

**** Professor Adjunto do Departamento de Patologia da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

fica nos casos em que se pratica a síntese do peritônio.

POLISHUK & ABOUFALIA (6), num estudo experimental em coelhos, verificaram aderências em todos os casos que se promoveu friccionamento do peritônio visceral, com sangramento macroscópico. Segundo RYAN et alii (7), o sangue coagulado é progressivamente repostado por um tecido de granulação. ELLIS (3) e BRIDGES et alii (1), relacionaram as aderências à isquemia na região envolvida.

Para MILLARNIEMI & KARPPINEN (5), apenas o omento é capaz de produzir, rapidamente, novos vasos sanguíneos para as áreas afetadas. CAMERON et alii (2), evidenciaram que o omento maior adere quando entra em contato com a fibrina que cobre as lesões no leito peritoneal.

Rotineiramente, na clínica cirúrgica, observa-se que a sutura de feridas do peritônio parietal não apresenta aderências. Considerando a divergência de opiniões em relação aos fatores etiológicos e o que se verifica na prática, é proposto avaliar, em alguns cães da rotina hospitalar, os resultados da síntese do peritônio parietal. Para efeito de comparação, foi testado um grupo de caninos, em que esse tecido não foi suturado.

MATERIAL E MÉTODOS

Na clínica cirúrgica, foram avaliados macroscopicamente 15 cães, machos e fêmeas, submetidos à cirurgia da cavidade abdominal com sutura peritoneal e que, posteriormente, por fatores diversos, sofreram nova intervenção cirúrgica na cavidade. Isto permitiu avaliar o comportamento da sutura anterior. Foram utilizados, ainda, 10 cães sem raça definida, machos e fêmeas, adultos, sadios, provenientes do Biotério Central da Universidade Federal de Santa Maria para intervenção cirúrgica abdominal sem sutura do peritônio.

Após serem privados de alimentos sólidos durante 12 horas e tricomatizados na região abdominal ventral, foram anestesiados com a associação de cloridrato de xilazina*, na dose de 2,0 mg/kg de peso corporal, via intramuscular, e metoexital sódico** a 3%, via endovenosa, até perda dos reflexos palpebral e interdigital. A seguir foi feita antissepsia com álcool-iôdo-álcool e delimitação do campo operatório com campos esterilizados.

O transoperatório consistiu de incisão mediana retroumbilical de aproximadamente 6 centímetros de comprimento, para retirada de um segmento parietal de peritônio de 2 x 3 cm, sem posterior sutura. Quando havia sangramento os vasos eram pinçados temporariamente, porém, não se fazia ligadura. A seguir procedeu-se o fechamento da cavidade com categute simples nº 0***. A pele foi suturada com fio de algodão nº 16**** e os pontos removidos ao 7º dia pós-operatório.

* ROMPUM - Cloridrato de 2-(2,6-xilidino) 5,6 dihidro-4H-1,3 tiazina. Bayer do Brasil, Santo Amaro, SP, Brasil.

** BRIETAL SÓDICO - Metoexital sódico 500 g. Laboratório Eli Lilly do Brasil Ltda. São Paulo, SP., Brasil.

*** CATEGUTE SIMPLES - Endosertix. Laboratório Bruneau. São Paulo, SP, Brasil.

**** FIO LIPAZA nº 16 - Fábrica de Linha Paulista Lipaza, São Paulo, SP, Brasil.

No pós-operatório, cinco animais foram observados por sete dias e os demais por 15 dias. Após estes períodos sofreram eutanásia e necrópsia para exame macroscópico e microscópico do peritônio parietal.

RESULTADOS

O exame macroscópico dos cães observados na clínica cirúrgica, nos quais foi procedida a síntese do peritônio, não evidenciou qualquer aderência de visceras à sutura.

Nos animais em que o peritônio não foi suturado, ocorreu hemorragia subperitoneal em 6 deles.

Pelo exame macroscópico, pós-morte, verificou-se aderência do omento maior no leito da ferida, em todos os casos.

Através da microscopia óptica foi evidenciado, aos 7 dias após cirurgia, na região não suturada do peritônio parietal, tecido conjuntivo granulomatoso mostrando em algumas áreas, fibroblastos ordenados e noutras com aspecto mixomatoso. Algumas áreas apresentavam exsudato fibrinoso com células neutrocitárias. Em um dos cães, a camada muscular estava recoberta por tecido conjuntivo com fibras colágenas com orientação paralela à capa muscular, recobrando o qual apareciam células mesoteliais ordenadas ou agrupadas. Aos 15 dias após cirurgia, foi encontrada proliferação conjuntiva granulomatosa com fibroblastos mais ricos em colágeno e fibras ordenadas, em todos os animais.

DISCUSSÃO

Embora tomando-se cuidados para evitar a incidência da maioria dos fatores etiológicos que determinam aderência, exceto pela presença de hemorragia, os resultados foram os mesmos encontrados por BRIDGES et alii (1) e HUBBARD Jr. et alii (4).

A hemorragia como fator etiológico (1, 6, 7), poderia explicar a aderência encontrada nos cães que sangraram durante a retirada cirúrgica do fragmento peritoneal. Nos demais casos este fenômeno é atribuído ao trauma peritoneal, segundo MYLLARNIEMI & KARPPINEN (5) ou por aquela citada por CAMERON et alii (2), o qual considera que em todo traumatismo tecidual há liberação de fibrina no local e portanto o omento maior sempre estará aderido a esta região.

As explicações, no entanto, entram em discordância com recomendações feitas por ELLIS (3) e HUBBARD Jr. et alii (4), que indicam a prática de não suturar as feridas cirúrgicas do peritônio.

Os resultados obtidos pela microscopia óptica corroboram a afirmação de RYAN et alii (7), quanto à evolução dos casos em que ocorreu hemorragia.

A aderência devido a sutura de peritônio, citada por ELLIS (3) e HUBBARD Jr.

et alii (4), não foi verificada nos cães avaliados na clínica cirúrgica.

CONCLUSÃO

Em vista dos resultados obtidos, pode-se concluir que o omento maior adere ao leito da ferida, em presença ou não de hemorragia, quando da retirada de fragmento de peritônio parietal.

Os autores recomendam a síntese das feridas no peritônio parietal de cães, para evitar possíveis aderências.

LITERATURA CITADA

1. BRIDGES, J.B.; JOHNSON, F.R.; WHITTING, H.W. Peritoneal adhesion formation. *Acta Anat.*, 61:203-212, 1965.
2. CAMERON, G.R.; HASSAN, S.M.; DE, S.N. Repair of glissons capsule after tangential wounds of the liver. *J. Path. Bact.*, 73:1-10, 1957.
3. ELLIS, H. The aetiology of post-operative abdominal adhesions. *Brit. J. Surg.*, 50(1):10-16, 1961.
4. HUBBARD Jr., T.B.; KHAN, Z.; CARAG, V.R.; ALBITES, V.E.; HROCKO, G.M. The pathology of peritoneal repair: Its relationship to the formation of adhesions. *Ann. Surg.*, 165(6):908-916, 1967.
5. MYLLARNIEMI, H. & KARPPINEN, V. Vascular pattern of peritoneal adhesion. *Brit. J. Surg.*, 55(8):605-608, 1968.
6. POLISHUK, W.Z. & ABOUFALIA, Y. Dextran in prevention of peritoneal adhesions. *J. Med. Sci.*, 3(6):806-808, 1973.
7. RYAN, G.B.; GROBETY, J.; MAJNO, G. Postoperative peritoneal adhesions - A study of the mechanism. *Amer. J. Path.*, 65(1):117-140, 1971.