

Incidência de Hematoma e Seroma em Abdominoplastia com e sem uso de Drenos

Márcio Vinicius Nurkim¹
Letícia B. de Mendonça²
Pedro Alexandre da Motta Martins³
Jefferson Luis Braga da Silva⁴
Pedro D. E. Martins⁵

- 1] Médico Residente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital São Lucas-PUCRS.
- 2] Médica Residente do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Nossa Sra. de Pompéia.
- 3] Preceptor do Serviço de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina da PUCRS.
- 4] Prof. do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da PUCRS. Preceptor do Serviço de Cirurgia Plástica do HSL/PUCRS.
- 5] Professor Regente da Disciplina de Cirurgia Plástica da FAMED/PUCRS. Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do HSL/PUCRS.

Endereço para correspondência:

Márcio Vinicius Nurkim

Av. Ipiranga, 6690
Porto Alegre – RS
90610-000

Fone: (51) 320-3000 r. 2359

Descritores: Abdominoplastia; dermolipectomia; hematoma; seroma; drenos.

RESUMO

Os autores, baseados na experiência de 69 pacientes submetidos a abdominoplastia, comparam a utilização de dreno de capilaridade, de sucção e a não utilização de drenos no pós-operatório quanto à eficácia na prevenção da formação de hematomas e seromas sob o retalho abdominal, bem como estudam a associação dessas coleções com fatores de risco conhecidos. Descrevem as indicações e técnica cirúrgica empregadas em sua casuística e comparam seus resultados com dados presentes na literatura.

INTRODUÇÃO

A cirurgia da parede abdominal, até o final do séc. XIX, limitava-se a ressecções pequenas e correções de hérnias abdominais. Nesses casos, a dermolipectomia abdominal facilitava a herniorrafia, mas ao mesmo

tempo proporcionava ao paciente a ressecção do excesso de tecido dermogorduroso^(1, 2, 3). Com o aprimoramento da técnica, a cirurgia plástica abdominal evoluiu até o estágio atual com uma incisão transver-

sal baixa, descolamento do retalho até o rebordo costal, plicatura muscular, reposicionamento da cicatriz umbilical e ressecção do excesso de tecido cutâneo.

Hematomas e seromas estão entre as complicações mais freqüentes da abdominoplastia. Tais coleções líquidas são diagnosticadas pelo exame físico ou por ultra-sonografia^(4,5), e a maioria dos cirurgiões, segundo a literatura, preconiza o uso de drenos no pós-operatório (P.O.) imediato, pois a presença de líquidos poderia comprometer a cicatrização, uma vez que a retardam e propiciam o surgimento de infecções^(6,7).

Com este trabalho procuramos verificar a eficácia do uso de drenos na prevenção de hematomas e seromas, bem como relacionar a incidência dessas coleções com os fatores de risco: hipertensão arterial sistêmica (HAS), uso de antiinflamatórios não-esteróides (AINEs) e tabagismo.

PACIENTES E MÉTODOS

A realização deste trabalho se baseia na avaliação dos pacientes que no período de janeiro de 1999 a novembro de 2000 se submeteram à abdominoplastia no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital São Lucas da PUCRS. Através de um estudo prospectivo randomizado, avaliamos um total de 69 pacientes divididos em três grupos: grupo I (n=24) – em que se utilizou dreno de látex (penrose®); grupo II (n=24) – em que se utilizou dreno rígido de sucção (Portovac® ou similar); e grupo III (n=21) – em que não foram usados drenos.

Todos os pacientes foram do sexo feminino, com idade variando de 19 a 67 anos (média de 35,6 anos), com indicação clínica para a realização de dermolipectomia abdominal, associada ou não à diástase de músculos retos abdominais. Aplicamos o teste Qui-Quadrado para correlacionar a incidência das coleções, o índice de massa corporal (IMC), fatores de risco citados e peso do retalho ressecado.

A cirurgia, com o paciente em decúbito dorsal sob anestesia geral ou peridural, inicia-se com uma incisão abdominal transversal baixa feita sobre uma marcação prévia ao nível suprapúbico com extensão até o nível das cristas ilíacas ântero-superiores, seguida por um descolamento amplo no plano supra-aponeurótico até a região subcostal e subxifóidea, com desinserção da cicatriz umbilical do retalho descolado. Após hemostasia rigorosa, realiza-se uma plicatura dos músculos retos abdominais (se há presença de diástase). Depois, realiza-se o reposicionamento e fixação da cicatriz umbilical e a ressecção do excesso de tecido dermogorduroso. Fixa-se o retalho na região suprapúbica, e a incisão é suturada no plano subdérmico com pontos simples invertidos com fios mononylon 3.0 e 4.0, e no plano dérmico com sutura intradérmica com fio mononylon 3.0 ou monocryl 3.0. Realizamos curativo seco oclusivo com gaze e micropore sobre a incisão e cicatriz umbilical. No caso do uso de dreno de látex, utilizamos dois drenos penrose® nº 1, colocados através de orifícios feitos na região dos pêlos pubianos, estendendo-os sob o retalho abdominal até a região umbilical, permanecendo por 24 horas. No caso do uso de dreno de sucção, utilizamos um dreno Portovac® ou similar com ¼ a 1/8 de diâmetro, colocado através de orifício feito na região dos pêlos pubianos, estendendo-se sob o retalho até a região umbilical.

O dreno de sucção permanece por, no mínimo, cinco dias ou drenagem inferior a 30ml/dia, conectado a um mecanismo de sucção (fole, seringa ou frasco de soro), sendo refeita a sucção sempre que necessário, até o dreno ser retirado na 1ª consulta de revisão ambulatorial (em média 7º P.O.). Todas as pacientes vestem uma malha elástica compressiva (modelador) sobre o abdome, a qual será usada por, no mínimo, 30 dias, e são orientadas a evitar esforço abdominal.

No pós-operatório, usamos antibioticoterapia (ATB) (cefalotina 1g EV 6/6h) por 24 horas e VO (cefalexina 500mg 6/6h ou cefadroxil 500mg 12/12h) por cinco dias. Analisamos em termos ambulatoriais a incidência de hematoma e/ou seroma sob o retalho abdominal

por palpação da parede, sendo que tais coleções, se presentes, são aspiradas com material esterilizado e em condições de assepsia, medindo-se o volume coletado. Caso haja nova formação dessas coleções em revisões subsequentes, estas são sempre aspiradas e medidas.

Tabela I

Grupo	n	Hematoma	Seroma	Total	%
I	24	1	6	7	29,1
II	24	–	1	1	4,1
III	21	3	9	12	57,1
Total	69	4	16	20	28,9

p = 0.011

Dados referentes a hematomas e seromas.

RESULTADOS

Na tabela I, no grupo I (dreno de capilaridade) houve 7 casos de coleções (29,1%); no grupo 2 (dreno de sucção) tivemos apenas um caso de coleção (4,1%); no grupo 3 (sem dreno) houve 12 coleções (57,1%). A coleção mais freqüente foi o seroma (23,2%). Para verificar as associações entre os 3 grupos e a incidência de coleções, aplicou-se o teste de Qui-Quadrado com significância estatística ($p=0,011$). O acompanhamento médio das pacientes foi de 12 semanas.

Como complicações, tivemos um caso de infecção de ferida operatória (grupo I), um seroma tardio (grupo I) e um caso de obstrução do dreno (grupo II), sendo este retirado no 3º dia PO. Esta paciente apresentou evidência clínica de coleção líquida sob o retalho abdominal no 7º PO (1ª revisão ambulatorial), necessitando de aspiração. Todas as pacientes com coleções diagnosticadas nas revisões ambulatoriais foram tratadas com aspiração. Não houve relação, com significância estatística, entre os fatores de risco mencionados e a incidência de coleções, nem com outras variáveis pesquisadas. Nenhuma das pacientes referiu desconforto.

DISCUSSÃO

Na literatura, a maioria dos autores preconiza o uso de drenagem no pós-operatório de abdominoplastia a fim de prevenir a ocorrência de coleções líquidas subcutâneas. Shestak⁽⁸⁾ apresentou 4% de incidência de seroma utilizando dreno de sucção, semelhante à nossa casuística. Outros autores, como Mohammad e cols.⁽⁴⁾, tiveram alta incidência de coleções (42% de seroma e 9% de hematoma), apesar do uso de dreno de sucção. Acreditamos que isto se deva à retirada precoce do dreno de todos os pacientes, por volta do 2º P.O. Alguns em nosso meio utilizam dreno no P.O. por até 10 dias, ou mais. Nós achamos tal tempo excessivo, podendo aumentar o risco de infecção e causar desconforto nos pacientes. Acreditamos que um período de cinco dias ou drenagem inferior a 30ml/24h sejam critérios pertinentes para a decisão de retirada do dreno de sucção. Outros, como Matarasso⁽⁹⁾ e Muhlbauer⁽¹⁰⁾, tiveram índices de coleções semelhantes ao nosso. Grazer⁽⁷⁾ apresentou grande ocorrência de coleções (67%) usando dreno de capilaridade. Em nossa casuística, as maiores incidências ocorreram sem o uso de drenos e com o dreno de capilaridade. Em nosso estudo, o dreno de sucção mostrou ser mais eficaz na prevenção de coleções e, apesar da permanência prolongada do dreno na fase domiciliar, com orientação adequada, todas as pacientes o suportaram bem, com pouco desconforto e ausência de dor (dados aferidos através

de escala de Hutchinson). Da mesma forma, não tivemos aumento do índice de infecção pelo uso prolongado de dreno.

CONCLUSÃO

Concluimos com este estudo que, em relação à causa das coleções líquidas subcutâneas no P.O. de abdominoplastia, não há um fator causal isolado. Acreditamos que grandes descolamentos, uma hemostasia insuficiente, o uso abusivo do eletrocautério, bem como atividade precoce do paciente e compressão abdominal inadequada sejam fatores importantes predisponentes dessas coleções.

Acreditamos que os drenos de sucção realizam uma prevenção eficaz de hematomas e seromas através de uma drenagem ativa prolongada, não causando maior índice de complicações do que a não utilização de drenos ou uso de drenos de capilaridade.

BIBLIOGRAFIA

1. Ely JE. Cirurgia Plástica, 32. p. 600-11.
2. Grazer FM. Abdominoplasty. In: May JR, Littler JW, editors. Plastic Surgery. Philadelphia : WB Saunders; 1990. Vol. 6, p. 3929-63.
3. Pitman GH. Liposuction and body contouring. In: Aston SJ, Beasley RW, Thorne CHM, editors. Grabb and Smith's Plastic Surgery. 5. ed. Philadelphia : Lippincott-Raven; 1997. p. 669-92.
4. Mohammad JA, et al. Ultrasound in the diagnosis and management of fluid collection complications following abdominoplasty. *Ann Plast Surg.* 1998;41(5):498-502.
5. Stocchero IN. Ultrasound and seromas [letter]. *Plast Reconstr Surg.* 1993;91(1):198.
6. Hay-Roe V. Seroma after lipoplasty with abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1991;87(5):997-8.
7. Grazer FM, Goldwyn RM. Abdominoplasty assessed by survey, with emphasis on complications. *Plast Reconstr Surg.* 1977;59(4):513-7.
8. Shestak KC. Marriage abdominoplasty expands the mini-abdominoplasty concept. *Plast Reconstr Surg.* 1999;103(3):1020-31.
9. Matarasso A, Matarasso SL. When does your liposuction patient require an abdominoplasty? *Dermatol Surg.* 1997;23(12):1151-60.
10. Muhlbauer W. Radical abdominoplasty including body shaping representative cases. *Aesth Plast Surg.* 1989;13(2):105-10.