

Uso terapêutico vs. profilático de antibiótico em cirurgias plásticas estéticas: estudo retrospectivo/descritivo no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

SÉRGIO WILLIAM GOMES DE OLIVEIRA SEGUNDO, PAULO RENATO SIMMONS DE PAULA, LUIZ HUMBERTO GARCIA DE SOUZA, MARCELO PRADO, LEONARDO MAGALHÃES CAVALCANTE, EDVAN FERRAZ SOARES DE SOUZA SOBRINHO

Introdução

De acordo com a classificação de feridas, cirurgias plásticas estéticas são consideradas operações limpas (exceto as rinoplastias, consideradas cirurgias potencialmente contaminadas), com baixo risco de infecção (até 2,9%), portanto, sem necessidade do uso profilático de antibióticos. As exceções compreendem cirurgias com grandes descolamentos, com inclusão de implantes e/ou com duração maior que 3 horas, nas quais a antibioticoprofilaxia está indicada. De acordo com a literatura, entende-se como antibioticoprofilaxia o uso do antibiótico por via endovenosa na indução anestésica, de modo que, no momento da incisão tecidual, já exista nível sérico adequado do fármaco. Tal antibiótico deve ser repetido de acordo com sua meia-vida e com o tempo de cirurgia, até que seja feita a síntese dos tecidos, o fechamento da pele e seu curativo. O uso de antibióticos por período prolongado (além do tempo cirúrgico) não previne infecção, podendo causar seleção de cepas e aumento da resistência bacteriana. O uso de antibióticos de forma terapêutica (antibioticoterapia) é indicado apenas quando há diagnóstico concreto de processo infeccioso instalado.

Objetivo

Fazer uma análise retrospectiva e descritiva, comparando a ocorrência de infecção pós-operatória em pacientes submetidos à cirurgia plástica estética que fizeram uso de antibioticoterapia prolongada no pós-operatório e em pacientes submetidos ao mesmo tipo de cirurgia que utilizaram apenas antibioticoprofilaxia.

Métodos

Foram incluídos neste estudo pacientes submetidos à cirurgia plástica estética de tronco/contorno corporal (mamoplastias, abdominoplastias e lipoplastias) realizadas no período de janeiro de 2010 a julho de 2011, no Serviço de Cirurgia Plástica - HC/

FM/UFG, totalizando 128 cirurgias. Todas as cirurgias foram realizadas pela mesma equipe cirúrgica. Os pacientes foram divididos em dois grupos, do seguinte modo: Grupo A - 87 pacientes operados de janeiro a dezembro de 2010. As cirurgias realizadas foram: 35 abdominoplastias, 42 mamoplastias (sendo 20 mamoplastias sem prótese e 22 mamoplastias com implante de prótese de silicone) e 10 lipoplastias. Todos esses pacientes receberam antibioticoterapia, no seguinte esquema: 2 g de cefazolina via endovenosa na indução anestésica; 1 g de cefazolina via endovenosa repetida a cada 4 horas de cirurgia; 1 g de cefazolina via endovenosa de 8 em 8 horas, durante a internação hospitalar; 500 mg de cefadroxila via oral de 12 em 12 horas por 7 dias, após a alta hospitalar. O uso de antibioticoterapia prolongada no pós-operatório era rotina praticada há algum tempo em nosso Serviço e, por orientação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) - HC/FM/UFG, foi alterada no ano de 2011. Grupo B - 41 pacientes operados de janeiro a julho de 2011. As cirurgias realizadas foram: 15 abdominoplastias, 23 mamoplastias (sendo 9 mamoplastias sem prótese e 14 mamoplastias com implante de prótese de silicone) e 3 lipoplastias. Todos esses pacientes receberam antibioticoprofilaxia, da seguinte maneira: 2 g de cefazolina via endovenosa na indução anestésica; 1 g de cefazolina via endovenosa repetida a cada 4 horas de cirurgia. Os retornos ambulatoriais foram feitos no 3º, 7º, 14º, 28º, 45º e 60º dia de pós-operatório, seguidos por avaliações mensais dos pacientes até o 6º mês após a cirurgia.

Resultados

No grupo A, houve dois (2,29%) casos de infecção, sendo um envolvendo mamoplastia de aumento e outro envolvendo abdominoplastia. O primeiro caso tratava-se de cirurgia de mamoplastia de aumento, sendo que a paciente, no oitavo dia de pós-operatório, iniciou quadro de dor e

aumento de volume em mama esquerda, que evoluiu para vermelhidão nas proximidades da ferida operatória e saída de secreção purulenta, sem sinais sistêmicos. Não houve sucesso com tratamento clínico, evoluindo para retirada bilateral dos implantes (paciente optou por retirar também a prótese direita), havendo então melhora do quadro infeccioso. A cultura mostrou tratar-se de *Staphylococcus aureus* sensível a vários antibióticos, e a antibioticoterapia foi baseada nessa sensibilidade. O segundo caso tratava-se de paciente ex-obesa, submetida à abdominoplastia pós-cirurgia bariátrica. Como a cirurgia envolveu grandes descolamentos e grande ressecção tecidual, o débito do dreno abdominal mostrou-se bastante aumentado, sendo então optado pela manutenção do mesmo até que houvesse redução consistente de seu débito. Na segunda semana após a cirurgia, a paciente apresentou quadro de febre e queda do estado geral, que evoluiu para drenagem de secreção purulenta pela ferida operatória e deiscência de sutura, com necrose parcial das bordas da ferida. Foi optado pela internação da paciente, remoção do dreno e abordagem cirúrgica, com desbridamento e lavagem abundante da ferida. A cultura mostrou tratar-se de *Staphylococcus aureus* sensível a vários antibióticos, e a antibioticoterapia foi baseada nessa sensibilidade. A paciente evoluiu bem e a ferida operatória fechou por segunda intenção. O refinamento da cicatriz foi realizado após 6 meses. No grupo B, não houve caso de infecção.

Conclusão

1. O uso correto de doses profiláticas de antibióticos (sem prolongamento no tempo de uso dessas drogas durante a internação e após a alta) não mostrou aumento das taxas de infecção no pós-operatório; 2. O uso de terapêutica antibiótica prolongada não evitou a ocorrência de infecção de sítio cirúrgico; 3. A antibioticoprofilaxia é uma das peças importantes na prevenção da infecção de sítio cirúrgico.