

COMENTÁRIOS SOBRE A CIRURGIA DE ELOESSER * Commentaries about Eloesser's Surgery.

BUSETTI, José Henrique **
BARATO, Eduardo ***
IWABUCHI, Ushio ****
MAYO, Suzete Varela *****
ALFABET, Charles *****
ISOLA, Alexandre Marini *****

BUSETTI, J.H. et al. Comentários sobre a Cirurgia de Eloesser. Arq. med. ABC, 14(2): 55-58 , 1991.

Resumo: Os autores comentam aspectos técnicos e seus resultados com a cirurgia de Eloesser. Estabelecem parâmetros clínicos e laboratoriais para a sua realização, baseados no acompanhamento pré e pós-operatório de pacientes submetidos a essa cirurgia, assim como comentam sobre a sua conduta nos curativos diários da cavidade empiemática.

Unitermos: Toracostomia, pleurostomia.

A Cirurgia de Eloesser, também conhecida por toracostomia ou pleurostomia, tem, nos últimos anos, sido alvo de várias críticas por parte de cirurgiões e clínicos a ponto de que muitos médicos de gerações mais novas passaram a considerá-la como desnecessária e anti-estética e, alguns, simplesmente retiraram-na de seu arsenal cirúrgico.

A pleurostomia, contudo, quando bem indicada, apresenta-se como uma cirurgia de excepcional valia, sendo muitas vezes salvadora da vida do paciente.

Nós (**) a temos empregado nestes últimos quinze anos, em pacientes que se enquadraram em alguns conceitos para a sua realização, os quais fomos desenvolvendo com o passar dos anos, tratando pacientes gravemente enfermos ou em sepsé. Esse tratamento contínuo de pacientes politraumatizados portadores de sepsé abdominal e/ou torácica, e a observação de que outras cirurgias mais tradicionais falhavam, quando empregadas nesses pacientes, fizeram-nos rever os conceitos e procurar outras modalidades de tratamento cirúrgico.

Nesse sentido, voltamos, há pouco mais de uma década, a praticar a cirurgia de Eloesser, mas selecionamos pacientes especiais para a sua realização, cujos critérios, fomos desenvol-

vendo a partir da observação clínica, pós-operatória, de nossos casos operados.

Assim, passamos a indicar a pleurostomia em pacientes considerados graves clinicamente e com sepsé torácica, os quais

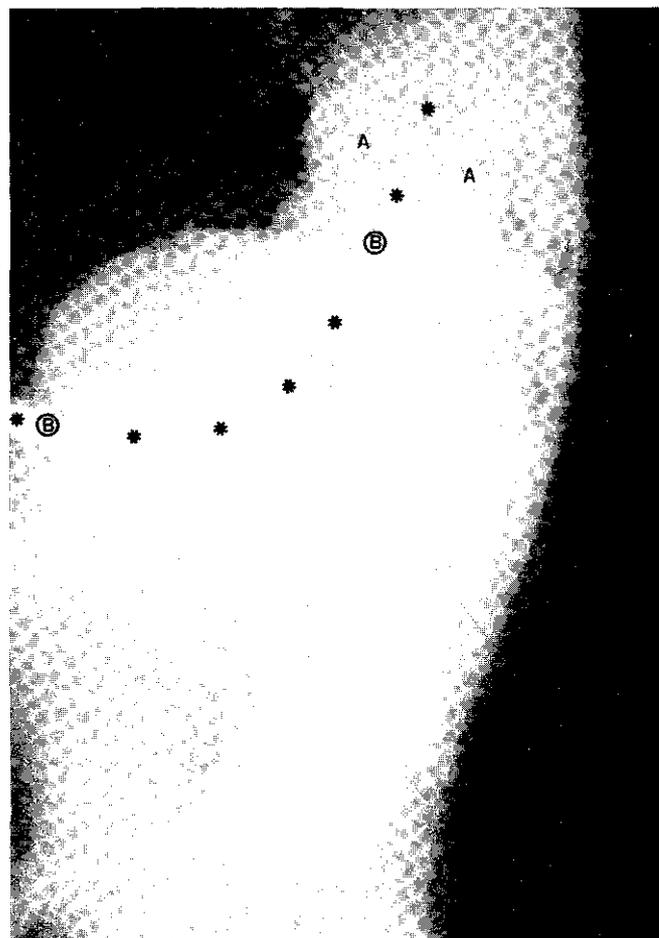


Figura 1 — Demonstração de loja empiemática (a), látero-posterior, através da injeção de contraste hidrossolúvel pelo dreno (b).

* Trabalho desenvolvido no Hospital Dr. Arthur Ribeiro de Saboya — S.P.

** Médico Cirurgião da Clínica Cirúrgica do Hospital Dr. Arthur Ribeiro de Saboya — S.P. (Setores de Cirurgia Geral e Cirurgia Torácica). Médico Cirurgião da Clínica de Cirurgia do Aparelho Digestivo (Setor de Urgências) do Hospital do Ipiranga (INAMPS — S.P.). Membro Associado do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (ACBC). Especialista em Cirurgia Geral pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Professor Responsável pela Disciplina de Anatomia Descritiva e Topográfica-Cirúrgica do Departamento de Morfologia e Fisiologia da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC — S.P.. Mestre em Anatomia Humana. Membro Efetivo da Sociedade Brasileira de Anatomia (S.B.A.)

*** Médico Cirurgião (Setor de Cirurgia Geral) do Hospital Dr. Arthur Ribeiro de Saboya — S.P.

**** Médica Cirurgiã (Setor de Cirurgia Geral) do Hospital Dr. Arthur Ribeiro de Saboya — S.P.

***** Médica Pneumologista dos Hospitais Heliópolis — S.P. e Dr. Arthur Ribeiro de Saboya — S.P. Mestre em Pneumologia e Especialista em Pneumologia pela Associação Médica Brasileira (A.M.B.).

***** Médico Residente de Cirurgia Geral do Hospital Santa Marcelina — S.P.

***** Aluno do quinto ano da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC e monitor da Disciplina de Anatomia Descritiva e Topográfica-Cirúrgica.

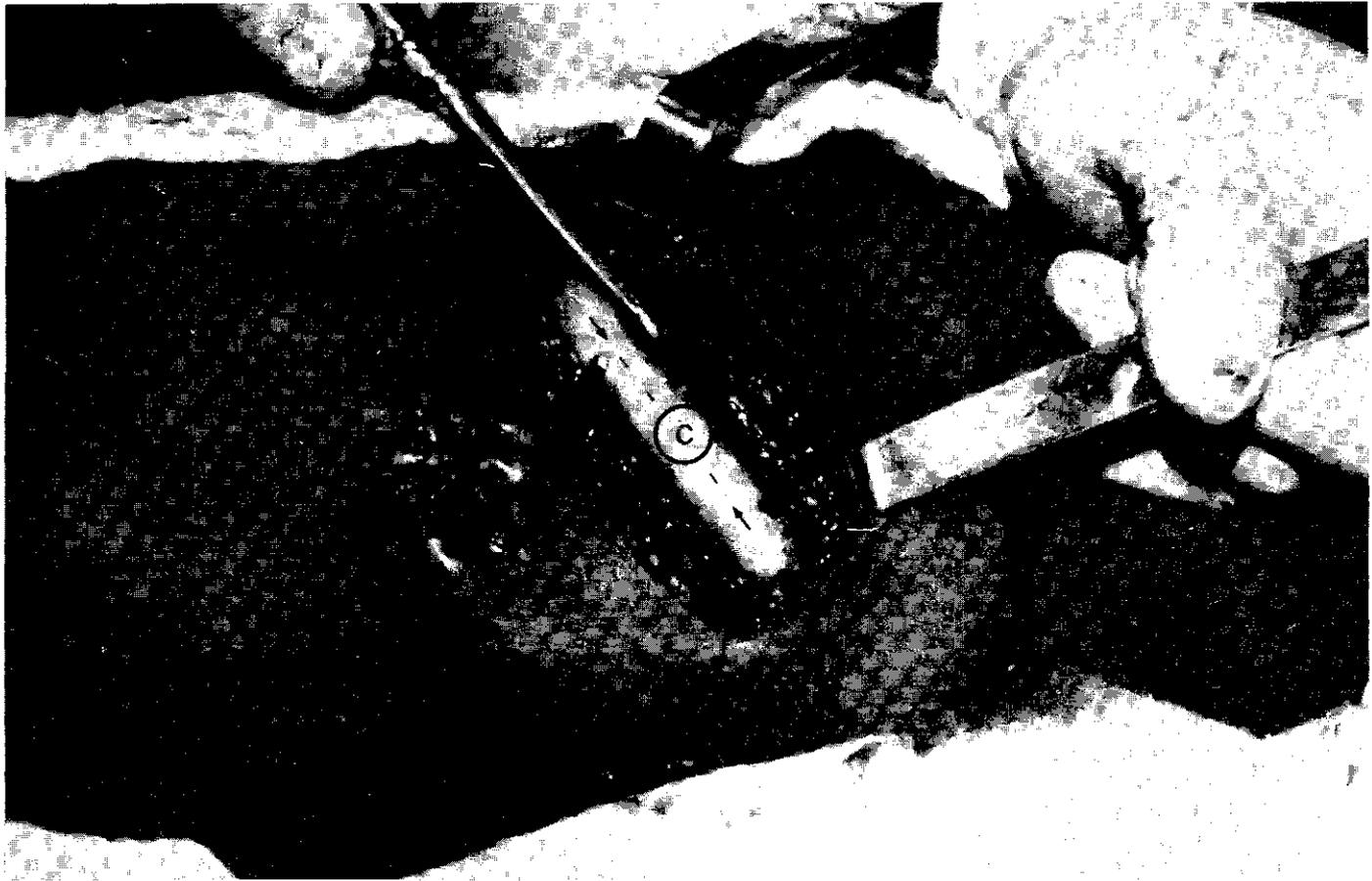


Figura 2 — O mesmo paciente da figura 1, durante a cirurgia, na fase onde se está isolando um segmento de costela (c), para ressecá-lo.

são portadores de empiema pleural e podem ser incluídos em pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Empiema pleural e paraplegia.
- b) Empiema pleural e desnutrição acentuada, que impeça a locomoção.
- c) Empiema pleural e septicemia com alteração acentuada dos sinais clínicos e exames laboratoriais.
- d) Empiema pleural e sepse abdominal.
- e) Empiema pleural e traumatismo crânio-encefálico, ou alterações neurológicas que mantenham o paciente acamado e/ou com pouca ou nenhuma deambulação.

Nas cinco situações anteriores, pudemos observar que outras cirurgias torácicas aplicadas a esses pacientes politraumatizados ou gravemente enfermos, e que desenvolveram também empiema pleural, resultam muitas vezes em tentativas infrutíferas e algumas vezes desastrosas, vindo a agravar ainda mais o quadro clínico desses pacientes, que já se encontra precário e instável.

A toracostomia, com a abertura da loja torácica para o exterior, ressecando-se um, ou mais frequentemente dois segmentos de costelas, e unindo-se a pleura parietal na pele, em pacientes graves, com as indicações expostas, produz nos mesmos uma considerável melhora clínica e laboratorial e, muitas vezes, um notável grau de recuperação, em pacientes que, alguns dias

antes, poderiam ser considerados como pacientes terminais e irrecuperáveis (figuras 1, 2 e 3)

Para que a pleurostomia possa ser bem realizada e não implique em repercussões respiratórias e/ou hemodinâmicas, é necessário que, pelo processo infeccioso, as pleuras parietal e visceral já estejam aderidas e que a cavidade ou as cavidades empiemática(s) já esteja(m) formada(s), o que ocorre aproximadamente dez a quinze dias após o início do empiema.

A comprovação da aderência entre as pleuras visceral e parietal pode ser feita pelo exame laboratorial do líquido drenado, pela observação da decantação do pús drenado ou aspirado do tórax (6-13), pela visualização da loja com nível líquido no Raio-X simples de tórax, pela tomografia computadorizada e ultrassonografia torácicas e pela injeção de contraste hidrossolúvel pelo dreno torácico, constatando-se, no Raio-X, a presença de loja ou lojas empiemáticas (7-10-11).

Do ponto de vista prático, pode-se também constatar se as pleuras já estão aderidas radiografando-se o tórax do paciente e, em seguida, abrindo-se o dreno torácico e deixando-se o mesmo em contacto com a ar ambiente e, após dez a vinte minutos com o dreno aberto, radiografando-se novamente o tórax do paciente. Caso não haja pneumotórax formado, as pleuras já estão aderidas e a cirurgia pode ser realizada. Se houver a formação de pneumotórax, o dreno deverá novamente ser

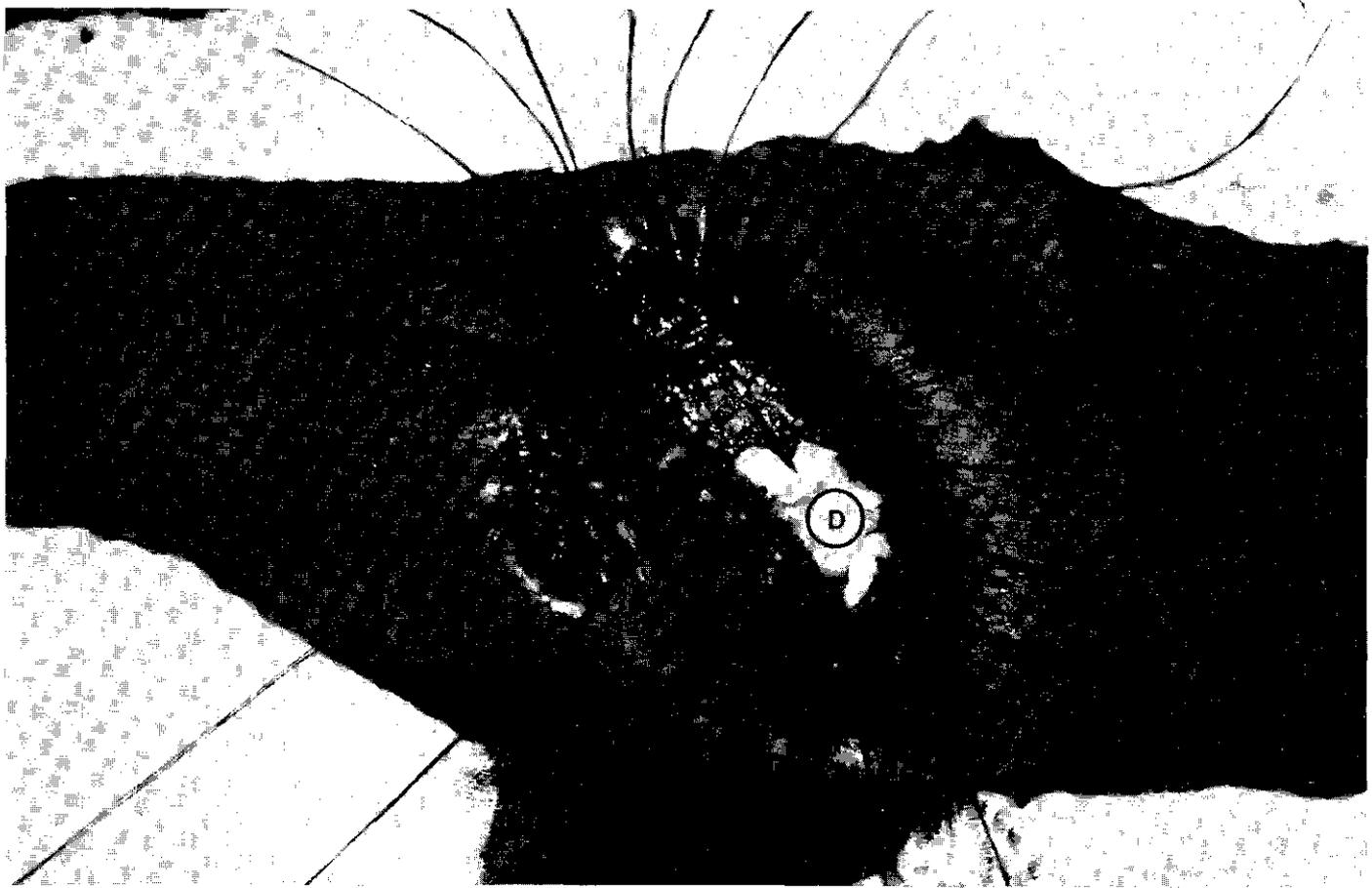


Figura 3 — A cirurgia de Eloesser terminada, com a loja empiemática amplamente exposta. Nota-se os fios de união da pleura parietal na pele, que a seguir serão seccionados. Ainda se observa a presença de uma compressa colocada na loja empiemática (d).

conectado ao frasco com tubo imerso em água (selo d'água), pois as pleuras ainda não se encontram unidas e, conseqüentemente, a cirurgia deverá ser postergada (1-4-5-8-9-12).

A pleurostomia tendo sido realizada, costumamos tratar a cavidade empiemática com quantidade apreciável de açúcar refinado, sendo colocado numa quantidade que torne a cavidade empiemática repleta de açúcar e, a seguir, fechamos a brecha torácica com gazes ou compressas. No curativo seguinte, lava-se a loja com soro fisiológico e procede-se novamente a outro curativo com açúcar e gazes, sendo este realizado duas ou três vezes durante um período de vinte e quatro horas (2-3).

A cirurgia de Eloesser, assim indicada, apresentou-se como um excelente método de tratamento nos pacientes com empiema pleural, possibilitando a cura do processo infeccioso e proporcionando a recuperação dos pacientes, independente do fator etiológico que tivesse originado o empiema pleural.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à professora Marlene Pereira Busetti a revisão da parte pedagógica do artigo, e ao aluno Luiz Fernando Cannoni, do sexto-ano médico da Faculdade de Medicina da

Fundação do ABC e monitor da Disciplina de Anatomia Descritiva e Topográfica-Cirúrgica, o auxílio durante as cirurgias.

BUSETTI, J.H. et al. Commentaries about Eloesser's Surgery. Arq. med. ABC, 14(2): 55-58, 1991.

Abstract: The authors comment technical aspects of Eloesser's surgery and their results obtained with it. They establish clinical laboratorial patterns to the execution of the toracostomy, based on the pre and post operatory following up of patients submitted to this surgery, as well as they comment about their daily curative procedure of the empiematic cavity.

Key Words: Toracostomy, pleurostomy.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALEXANDER Jr., J.; WOLFE, W.G. Abscesso pulmonar e empiema do tórax. *Cl. Cir. Am. Nor.* p.833-47, 1980.
2. BUSETTI, J.H. Empiomas torácicos: avaliação dos métodos de tratamento. In: *Anais do 17º congresso brasileiro de cirurgia do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.* Rio de Janeiro, 1985.
3. BUSETTI, J.H. Empiomas pleurais. In: *Anais da IIª jornada médica do Hospital do Servidor Público Municipal.* São Paulo, 1985.
4. CURI, N. Supurações broncopulmonares, bronquiecrasias. Abscessos pulmonares. In: SPERANZINI, M.B.; OLIVEIRA, M.R. de. *Manual do residente de cirurgia.* 2.ed. Rio de Janeiro, Guanabara — Koogan, 1981, cap. 41, p.196-8.

5. HIGA, C.; SILVEIRA, I.C.da. Empiema pleural. In: SILVEIRA I.C.da. *Manual de infecções respiratórias*. Rio de Janeiro, Medsi, 1984, cap. 17, p.165-73.
6. LOWENFELS, A.B. *Manual ilustrado de diagnóstico cirúrgico*. São Paulo, Manole, 1977, cap. 5, p.71-2.
7. MANSON, R.M.; RUSHING, J.L. Derrame pleural. Empiema pleural. In: KRUPP, M.A.; CHATTON, M.J.; WERDEGAR, D. *Diagnóstico e tratamento*. São Paulo, Atheneu, 1987, cap. 7, p.221-3.
8. RESENDE ALVES, J.B. de. Cirurgia da pleura. In: _____. *Cirurgia geral e especializada*. Belo Horizonte, Vega-Mec, 1973, v.6, cap. 4, p.73-93.
9. RESENDE ALVES, J.B. de. Abscesso pulmonar. In: _____. *Cirurgia geral e especializada*. Belo Horizonte, Vega-Mec, 1973, v.6, cap. 8, p.179-82.
10. SA KALUME, R.de. Derrames pleurais. In: SPERANZINI, M.B.; OLIVEIRA, M.R. de. *Manual do residente de cirurgia*. 2.ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1981, cap. 41, p.196-8.
11. SCHWARZ, M.I.; COX, P.M. Diagnóstico diferencial dos derrames pleurais. In: FRIEDMAN, H.; PAPPER. *Manual do diagnóstico em medicina interna*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1985, cap. 27, p.158-62.
12. THOMAZ, A.N. Empiema. In: DUNPHY, J.E.; WAY, L.W. *Diagnóstico e tratamento em cirurgia*. 3.ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1979, cap. 21, p.303-7.
13. TRENCH, N.F.; SAAD Jr., R. Empiema pleural. In: _____. *Cirurgia torácica*. São Paulo, Panamed, 1983, v. 1, cap. 3, p.127-85.

Endereço para correspondência.

Dr. José Henrique Busetti
Faculdade de Medicina da Fundação do ABC
Disciplinina de Anatomia Descritiva e Topográfica-Cirúrgica.
Av. Príncipe de Gales, s/n
Santo André — São Paulo
CEP: 09060

Recebido em 10/07/91.

Aprovado para publicação em 18/08/91.

XVII CONGRESSO MÉDICO-UNIVERSITÁRIO DO ABC

DIRETÓRIO ACADÊMICO NYLCEO MARQUES DE CASTRO

SANTO ANDRÉ — 10 A 15 DE AGOSTO DE 1992

O COMUABC tem por objetivo reunir médicos, acadêmicos de medicina e paramédicos através de palestras, cursos e simpósios, além de apresentação e premiação de trabalhos em vídeo, "Poster Session" de relatos de casos e trabalhos científicos nas categorias:

Clínica — Cirúrgica — Experimental
Medicina do Trabalho e Sanitária — Temas em Informática Médica

Maiores informações para inscrições de trabalhos na biblioteca da Faculdade de Medicina do ABC, com Sras Telma ou Marlene, pelo telefone 444-7863 ou por carta: Congresso Médico-Universitário do ABC
Av. Príncipe de Gales, nº 821. CEP 09060 — Santo André — SP.