

DRENOS ABDOMINAIS: INDICAÇÕES E UTILIZAÇÃO NA PRÁTICA CIRÚRGICA

Sabrina Lima
Priscila Ely Sartori
Hamilton Petry de Souza

UNITERMOS

ABDOMEN/cirurgia; ABDOMEN/fisiopatologia; DRAINAGE /classificação; DRENAGEM/métodos; DRAINAGE/instrumentação; DRAINAGE/utilização.

KEYWORDS

ABDOMEN/surgery; ABDOMEN/physiopathology; DRAINAGE/classification; DRAINAGE/methods; DRAINAGE/instrumentation; DRAINAGE/utilization.

SUMÁRIO

O uso de drenos abdominais é cercado de controvérsias. Historicamente, sua indicação era empírica, conforme a experiência do cirurgião. Hoje, sabe-se das suas complicações e contraindicações, orientando seu uso de forma racional. Além disso, o tipo de dreno preferencial, ativo e fechado é o priorizado atualmente. O presente estudo visa discutir estes aspectos e analisar características dos diferentes tipos de drenos e sua aplicação prática.

SUMMARY

The use of abdominal drainage is controversial. Formerly, the indications were empiric, depending on surgeon experience. Nowadays, considering the risk of complications, there is a shift to a rational use. There is increasing interest for active, closed tubular drains in the field of abdominal surgeries. This study will discuss these aspects and analyse characteristics of different types of drains and it's appliance.

INTRODUÇÃO

A utilização de drenos é frequente em procedimentos cirúrgicos. Ao longo dos anos, em especial nas últimas duas décadas, houve crescente racionalização em sua utilização, o que permitiu definir de forma mais precisa sua real necessidade. O que vigora hoje é a noção de que sempre que possível não devam ser usados drenos e sua utilização deve ser feita em casos específicos,

com dispositivos apropriados à finalidade proposta, de forma a realizar sua função sem prejudicar ou retardar a evolução do paciente.

Desde o início do século passado, Yates afirmava que “a cavidade abdominal era física e fisiologicamente impossível de ser drenada” (6). Apesar desta afirmação, a grande maioria dos cirurgiões era extremamente liberal no uso de drenos em cirurgias no abdome, independente de cirurgia eletiva, ou diante de situações agudas traumáticas e não traumáticas. Por longo tempo seguiu-se a máxima de Tait de “quando em dúvida, drenar” (1887), hoje sabidamente um conceito obsoleto (2). Essa conduta agravava ainda mais a situação, já que a indicação era totalmente empírica, sem nenhum suporte científico ou de evidências clínicas que a justificassem. A drenagem era feita essencialmente com sistemas abertos e passivos, onde predominava o uso de drenos tipo “Penrose”, hoje reconhecidamente ultrapassados, salvo raras exceções.

CLASSIFICAÇÃO

Podem ser classificados quanto ao material, à forma de ação, à atividade e à estrutura básica.

Quanto ao material

Borracha: costumam ser macios e maleáveis, reduzindo as chances de lesão de estruturas intra-abdominais, como vasos e alças. Por possuírem superfície mais irregular, são mais sujeitos à colonização bacteriana e infecções relacionadas, além de induzirem resposta inflamatória local intensa. São drenos que perderam seu espaço face aos avanços tecnológicos e disponibilidade de materiais mais adequados. Drenos tipo Pezzer, Malecot e outros fazem parte, hoje, da história da cirurgia, com uso restrito a situações pontuais.

Silicone: material praticamente inerte, radiopaco e menos rígido que polietileno (a quem substituíram com vantagens), induzindo resposta tecidual mínima. Drenos deste material são hoje largamente utilizados como drenos torácicos, drenos para uso em cirurgia biliar (Kehr- “dreno em T”) e outros, substituindo os antigos, de borracha.

Quanto à forma de ação

Capilaridade: a saída de secreção ocorre pela superfície externa do dreno. Não há passagem de líquido pela sua luz. O melhor exemplo é o dreno de Penrose.

Gravitação: geralmente formados por cateteres de grosso calibre, associados a bolsas coletoras. Formam sistemas fechados, o que diminui consideravelmente o risco de infecção externa- interna. São os drenos de uso

para coleta vesical, cistostomias e drenos pleurais (em drenagem simples em selo d'água).

Sucção: a drenagem ocorre devido ao estabelecimento de pressão negativa dentro da cavidade a ser drenada, não dependendo da gravidade para agir. São utilizados quando é previsto o acúmulo de líquidos em grandes quantidades, ou drenagens prolongadas. Ideais quando são usados de forma fechada.

Quanto à atividade

Passivos: há naturalmente uma diferença de pressão entre os meios interno e externo. Dependem da gravidade e da capilaridade para agir. Permitem contaminação do meio externo para o interno. O principal exemplo são drenos de Penrose.

Ativos: dependem da instauração de pressão negativa para remover o líquido acumulado. O diâmetro do tubo é o fator isolado mais importante na definição do fluxo através do dreno.

Drenos de alta pressão negativa são de sistema fechado, permitindo melhor monitoramento da drenagem. Demandam cuidado durante a instalação para que o vácuo não seja perdido.

Drenos de baixa pressão negativa possuem um bulbo onde o ar é retirado e o vácuo estabelecido. Tal procedimento pode ser refeito conforme ocorre o acúmulo de líquido no reservatório e o vácuo, perdido, é restabelecido após a retirada do volume drenado. Sua melhor aplicação é com o intuito de remover acúmulos em áreas de descolamento amplo (drenos tipo “porto vac”).

DISCUSSÃO

Os drenos possuem indicação específica na tentativa de escoar áreas delimitadas. Em casos de peritonite difusa, por exemplo, a drenagem da cavidade como um todo é contraindicada (5). Estudos recentes demonstraram que a cavidade abdominal, em curto espaço de tempo (aproximadamente 24 horas), é “bloqueada” por epíplon e vísceras abdominais, impedindo o funcionamento dos drenos com essa finalidade. Os mesmos, na realidade, comportam-se, paradoxalmente, como um tampão, impedindo a saída do líquido ou secreção para o qual foram indicados, podendo inclusive prejudicar o paciente. Novas evidências mostram que a drenagem retarda a evolução e alta do paciente, determinando dor e desconforto. Seu uso sistemático não tem sustentação científica, sendo considerado fator de risco isolado para morbidade pós-operatória, maior permanência hospitalar e aumento de custos.

A prática da drenagem abdominal profilática em larga escala após cirurgias do sistema gastrointestinal não apresenta mais espaço diante da ausência de benefícios comprovados. Ensaio clínicos randomizados contraindicam seu uso

rotineiro em procedimentos como apendicectomias em qualquer estágio clínico, gastrectomias, cirurgias hepáticas eletivas, colecistectomias, cirurgias não complicadas de cólon e reto, entre outras, com nível de evidência A. Inclusive em ressecções pancreáticas, área de controvérsia, estudos recentes sugerem não haver lógica na utilização sistemática e compulsória.

Em se tratando de drenagem terapêutica, em situações infecciosas, deve ser considerada sua necessidade quando for a única forma de controlar o foco delimitado de infecção/inflamação a que o paciente esteja submetido. A remoção do fator causal da infecção e a higiene do local constitui parte fundamental do tratamento. Quando houver indicação, a escolha do dreno deve levar em conta principalmente o material, optando-se pelos macios, como os de silicone. Drenos de materiais mais irritantes podem piorar a resposta inflamatória do paciente, prejudicando sua evolução. Há predileção por drenos com aspiração e com mais de uma via, como o dreno “Sump”. Este dreno, de uso frequente, tem no campo da cirurgia de urgência sua melhor indicação, já que o fato de não ser um sistema totalmente fechado não é relevante face ao fato de que está sendo usado para remover líquidos e secreções infectadas. Além disso, permite acesso para lavagem e irrigação da cavidade. Deve-se, no entanto, atentar para sua consistência mais rígida que pode causar danos à cavidade. Sendo assim, seu uso é indicado por tempo restrito.

O processo de drenagem apresenta complicações inerentes ao procedimento. Drenos passivos possuem maior risco de contaminação retrógrada. Drenos mal posicionados ou de uso prolongado podem causar erosão de víscera levando a fístulas, deiscências de anastomose, além de lesões vasculares. Pode haver problemas mecânicos, como deslocamento do dreno, fragmentação, obstrução do lúmen, evisceração, escape “interno” do mesmo pela incisão, entre outros. É fundamental ter cautela com o paciente portador de dreno, com manipulação cuidadosa, atentando para possível contaminação local, a fim de evitar outras complicações associadas.

Analisando o avanço nos conhecimentos relacionados à drenagem cirúrgica percebe-se que seu uso, ainda empírico, associa-se a situações onde não há uma aplicação da técnica cirúrgica com excelência. Atualmente é bastante difundido o conhecimento de que a drenagem com finalidade de diagnóstico precoce ou prevenção de complicações é ineficaz. Howard Kelly (1858 – 1943) disse que “drenagem é a confissão de uma cirurgia imperfeita” (7). Essa menção não deve ser considerada regra para a rotina cirúrgica, já que esse procedimento não se encontra proscrito da prática médica, mas demonstra a importância da técnica cirúrgica como ponto crítico da utilização ponderada de drenagem. Com o advento de novas tecnologias, como laparoscopia, colas, grampeadores, associados a procedimento realizado com destreza e exatidão, o índice de complicações, e, por conseguinte, a indicação de drenos, tende a se

reduzir. Além disso, o maior acesso a exames de imagem facilita o manejo dessas complicações, permitindo, por exemplo, uma drenagem percutânea guiada por ecografia ou tomografia computadorizada, quando necessária.

CONCLUSÃO

Na era da medicina baseada em evidências, a comunidade científica ainda anseia pelo fim do uso dogmático da drenagem cirúrgica. Aproximadamente um século após a citação de Kelly, o assunto permanece controverso e necessita ainda de estudos clínicos randomizados, metodologicamente corretos, para sua indicação ou não em procedimentos cirúrgicos. Neste momento, seu uso já se encontra restrito devido aos conhecimentos de que a drenagem não é procedimento isento de riscos e complicações para o paciente, além de se constituir em complemento à terapêutica, não substituindo técnica cirúrgica, hemostasia adequada, anastomose tecnicamente correta, ausência de espaço morto e limpeza da cavidade, quando justificada.

Quando necessária e com correta indicação, a drenagem deve ser feita com drenos ativos, fechados, de material apropriado, de forma a realizarem sua finalidade com benefício e o menor prejuízo possível ao paciente. Para isso é fundamental o conhecimento dos materiais disponíveis e a análise individualizada do caso.

A drenagem abdominal é tão antiga quanto a história da cirurgia, porém os avanços são inegáveis. O uso crítico da drenagem como método complementar a primazia da técnica cirúrgica deve orientar o cirurgião em sua prática enquanto o consenso não for estabelecido.

REFERÊNCIAS

1. Pohl FF, Petroianu A. Tubos, sondas e drenos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
2. Petrowsky H, Demartines N, Rousson V et al. Evidence-based value of prophylactic drainage in gastrointestinal surgery: A systematic review and meta-analyses. *Ann Surg*. 2004;240(6):1074-84.
3. Durai R, Ng PC. Surgical vacuum drains: types, uses and complications. *AORN J*. 2010;91(2):266-71.
4. Draper R. Surgical drains: indications, management and removal. [Database on internet]. 2011 Apr 20. [cited 2013 maio 22]. In: Patient.co.uk. Available from: <http://www.patient.co.uk/doctor/Surgical-Drains-Indications-Management-and-Removal.htm>
5. Assef JC, Perlingeiro JAG, Parreira JG, et al. Emergências cirúrgicas: traumáticas e não traumáticas, condutas e algoritmos. São Paulo: Atheneu; 2012.
6. Yates JL. An experimental study of the local effects of peritoneal drainage. *Surg Gynecol Obstet* 1905;1:473-92.