

9172

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

**PERITONIOSTOMIA NO TRATAMENTO DA PERITONITE
DIFUSA AGUDA: ANÁLISE DE 8 CASOS**

**AUTORES: ALVARO GUIMARÃES DE LIMA
FERNANDO CÉSAR LUDWIG**

FLORIANÓPOLIS, JUNHO/1987

**PERITONIOSTOMIA NO TRATAMENTO DA PERITONITE
DIFUSA AGUDA: ANÁLISE DE 8 CASOS**

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	01
RESUMO	03
INTRODUÇÃO	05
MATERIAL E MÉTODOS	09
RESULTADOS	12
DISCUSSÃO	17
CONCLUSÃO	25
SUMMARY	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Dr. ARMANDO D'ACAMPORA
e ao Dr. ALDEMAR LOPES pela valiosa
colaboração e atenção dispensada na
realização deste trabalho.

RESUMO

Os autores analisam de forma retro e prospectiva, 8 casos de peritonite difusa internados nos Hospitais de Caridade, de Florianópolis e no Hospital Universitário, no período compreendido entre janeiro de 1984 e abril de 1987, com a finalidade de analisar os resultados obtidos com o uso da peritoniostomia com tela de polipropileno (marlex^R) no tratamento da peritonite difusa aguda.

Os pacientes foram submetidos à peritoniostomia de acordo com o quadro clínico que apresentavam e a necessidade de indicação da técnica.

As principais indicações para o uso da peritoniostomia foram:

- Pancreatite necro-hemorrágica
- Peritonite fecal
- Peritonite supurativa generalizada

Foram realizadas, em três pacientes, reintervenções com colocação da tela de polipropileno devido a falha dos tratamentos aplicados anteriormente.

Nos outros cinco doentes o método foi realizado na primeira intervenção feita pelos cirurgiões, devido à peritonite difusa aguda associada ao péssimo estado geral, à falência de múltiplos órgãos e sistemas, fatos que contribuíram para que obtivéssemos um elevado índice de mortalidade.

Em todos os pacientes foi utilizada a nutrição parenteral prolongada associada à antibioticoterapia.

A média de internação foi de 41 dias.

O índice de mortalidade foi de 75%.

resumo?

INTRODUÇÃO

A peritonite difusa aguda continua sendo uma importante complicação que desafia os cirurgiões, apesar dos avanços obtidos nos últimos anos, com relação às formas de tratamento.

A sua morbidade e mortalidade permanecem inaceitavelmente altas, particularmente quando o intervalo de tempo entre o início do quadro e a intervenção cirúrgica é prolongado.

A partir dessa situação clínica vem surgindo um novo tratamento que está ganhando popularidade e que consiste basicamente em deixar-se aberta a cavidade peritoneal como forma de ampla drenagem dos múltiplos abscessos e materiais necróticos decorrentes desse processo mórbido, associado à contenção das alças intestinais com tela de polipropileno, colocada livremente sobre estas.

Sendo esta uma recente forma terapêutica para a peritonite difusa aguda nos propusemos a fazer uma análise dos nossos casos, e correlacionar os resultados com os de outros autores, bem como, revisar a literatura.

A peritoniostomia é a estomia da própria incisão abdominal como manutenção da cavidade peritoneal aberta. São sinônimos a laparostomia e celiostomia.

É uma conduta invasiva, de grandes riscos e deve ser usada no tratamento da peritonite difusa aguda como mais uma opção terapêutica. Por outro lado não pode ser adiada a ponto de constituir-se num procedimento "in extremis", em casos terminais.

As vantagens para o uso da técnica do abdome aberto são baseadas sobre princípios fisiológicos que incluem a drenagem

ampla de secreção purulenta da cavidade abdominal, a inibição do crescimento de bactérias anaeróbicas por exposição ao oxigênio ambiental, bem como a diminuição da pressão intra-abdominal levando à redução das complicações respiratórias pelo aumento da mobilidade diafragmática.

Além dessas, outra vantagem observada é a redução no número de intervenções cirúrgicas por infecções intra-abdominais persistentes ou recorrentes.

HEDDERICH (6) cita em seu estudo algumas desvantagens como o uso da técnica, que foram: evisceração frequente, exigência de ventilação assistida e grande desconforto para o paciente.

As tentativas de abordagem da peritonite difusa vêm de 1931 quando WILKIE escreveu que em casos de apendicite com perfuração e peritonite, a infecção da parede abdominal era um importante fator de determinação da morbidade.

A partir de então, vários métodos terapêuticos foram usados ao longo dos anos para o tratamento de pacientes com peritonite difusa aguda incluindo o não fechamento da pele e tecido celular subcutâneo, lavagem peritonal exaustiva trans e pós-operatória com desbridamento peritonal radical, reintervenções cirúrgicas indicadas pela tomografia computadorizada.

O tratamento pelo abdome aberto foi introduzido na França em 1976 por J.N. MAILLARD e nos Estados Unidos por STEINBERG também em 1976, obtendo este último uma taxa de mortalidade de 7% apenas.

STEINBERG (10) realizava a peritoniostomia colocando sob a incisão cirúrgica 3 a 4 compartimentos de gazes estéreis, transfixava com fios 3-0 a aponeurose e peritônio deixando um espaço de 1,5 a 2,0 centímetros entre eles. Os fios serviam para manter firmes as gazes sem aproximação da parede.

Após 48 a 72 horas eram retirados, sob anestesia local, os chumaços de gaze e aproximados os pontos ficando a pele e o tecido celular subcutâneo para fechar por segunda intenção.

Posteriormente, as gazes foram substituídas por um

material inerte (tela de polipropileno) ao organismo humano.

Em 1982, HEDDERICH (6) introduziu na tela de polipropileno um dispositivo dotado de um zíper que facilitou sobremaneira o manuseio da cavidade abdominal, pelo fácil acesso, diagnóstico precoce da recorrência da sepsis intra-cavitária, bem como efetiva drenagem.

A indicação precisa para a utilização da técnica da peritonostomia com colocação da tela de polipropileno é a peritonite difusa aguda. Suas principais causas incluem as deiscências de anastomoses gastro-entéricas e entero-entéricas, apendicite aguda supurativa, deiscência de histerossíntese pós-cesariana e pancreatite necro-hemorrágica com formação de abscessos pancreáticos recorrentes, acompanhados de peritonite difusa aguda supurativa ou fecal.

MATERIAL E MÉTODOS

Analisamos de forma retro e prospectiva 8 pacientes que foram submetidos à peritonostomia com colocação da tela de polipropileno, internados nos Hospitais de Caridade, de Florianópolis e no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de janeiro de 1984 a abril de 1987.

Pesquisamos os dados referentes a idade, (sexo), causa da peritonite, uso da nutrição parenteral prolongada, complicações, dias de internação, óbitos e causas dos óbitos.

Dados como raça, profissão e procedência foram considerados irrelevantes aos objetivos deste trabalho.

A indicação para o uso do método do abdome aberto é a peritonite generalizada grave com múltiplos abscessos associada ao mau estado geral dos pacientes que geralmente foram submetidos a cirurgias anteriores.

Três pacientes foram submetidos à uma ou mais cirurgias anteriores para o tratamento da peritonite com debelação do foco infeccioso, limpeza exaustiva e drenagem fechada da cavidade com persistência do quadro infeccioso, sendo que dois destes nos foram encaminhados de hospitais do interior do Estado de Santa Catarina.

Em cinco pacientes, devido a gravidade do quadro de peritonite, submetemos inicialmente à drenagem aberta da cavidade peritoneal com colocação da tela de polipropileno.

No pós-operatório imediato todos os pacientes foram submetidos a cuidados intensivos, utilizaram a nutrição parenteral prolongada e antibioticoterapia (cloranfenicol, clindamicina, metronidazol e gentamicina).

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA

O acesso à cavidade é feito com uma incisão mediana supra e infra-umbilical, ou, nos casos de reintervenção, ampliamos a incisão inicial.

Corrigida a causa da peritonite, lavamos exaustivamente e deixamos aberta a cavidade.

Protegemos as alças intestinais através da colocação de tela de polipropileno que fica sob a incisão cirúrgica 2 a 3 centímetros das bordas, com ou sem fixação à parede.

Transfixamos a parede abdominal em todos os seus planos com 3 a 4 pontos de drenos tubulares siliconizados.

Podem ser programadas reintervenções a cada 48 horas levando o paciente ao centro cirúrgico para retirar a tela, lavar exaustivamente a cavidade e colocar novamente a mesma ou, se necessário, uma nova tela.

Retiramos a tela antes de dez dias, preferencialmente até o quarto dia, visto que após o décimo dia a tela inicia sua incorporação nos tecidos por ela recobertos, ficando tecnicamente impossível sua retirada sem lesões de alças a ela aderidas.

Após a retirada da tela a parede é ressuturada se o processo infeccioso cedeu ao tratamento instituído deixando pele e tecido celular subcutâneo abertos.

RESULTADOS

A amplitude com relação à idade dos pacientes estudados foi entre dezesseis e setenta e três anos. A média de idade foi de quarenta e quatro anos.

relatório
A maioria dos pacientes (seis) eram do sexo masculino, enquanto que dois eram mulheres.

As causas da peritonite foram diversas, com predomínio do extravasamento de conteúdo do aparelho gastrointestinal para a cavidade peritoneal. As doenças-base que acarretaram as intervenções cirúrgicas foram:

- úlcera péptica perfurada	: dois casos
- aborto provocado	: um caso
- apendicite aguda	: um caso
- trauma abdominal fechado	: um caso
- pancreatite aguda	: um caso
- carcinoma gástrico com deiscência de sutura	: um caso
- volvo de sigmóide	: um caso

Duodeno I
Nos pacientes nºs 1,2,3,5 e 6 foi realizada como operação inicial a peritonostomia devido ao grau de peritonite em que se apresentavam. Os outros foram submetidos à peritonostomia após uma, ou, várias intervenções cirúrgicas para a debelação do foco infeccioso e que não obtiveram sucesso.

A média de dias de internação foi de quarenta e um dias, sendo que o paciente com menor tempo ficou dezessete dias e o que permaneceu pelo maior período, foi de cento e quarenta e dois dias. Tabela 1.

Tabela 1

Características de 8 casos submetidos à Laparostomia
H.C., H.F., H.U./UFSC. Janeiro de 1984 a abril de 1987

INICIAIS	IDADE	SEXO	DOENÇA PRIMÁRIA	CAUSA DA PERITONITE	DIAS DE INTERNAÇÃO
1. F.J.	65	M	CA Gástrico	Deiscência de sutura	20
2. A.A.	73	M	Úlcera péptica perfurada	Deiscência de sutura	23
3. J.N.J.	39	M	Úlcera péptica perfurada	Fístula digestiva	52
4. E.D.	22	F	Aborto provoca <u>do</u>	Perfuração uterina + Perfuração sigmóide	17
5. A.W.	62	M	Trauma abdomi <u>nal</u> fechado	Rutura de sigmóide	31
6. A.S.S.	16	M	Apendicite aguda	Deiscência de sutura intestinal	17
7. B.M.R.	50	M	Pancreatite Necro-hemorrá <u>gica</u>	Necrose pancreática	22
8. O.R.R.	57	F	Volvo de sig <u>m</u> móide	Deiscência de sutura de alça ideal	142

Dos oito pacientes submetidos à peritonostomia, todos usaram a nutrição parenteral prolongada associada à antibioticoterapia.

As complicações desenvolvidas pelos pacientes com peritonite difusa submetidos à peritonostomia foram: insuficiência renal aguda (três casos), fístulas digestivas (três casos), septicemia (três), problemas respiratórios (três), hemorragia digestiva (três), abscessos intra-cavitários recorrentes (dois), deiscência de anastomose (dois), incorporação da tela (dois), deiscência de coto retal (um). Tabela 2.

Tabela 2

Complicações em 8 casos submetidos à Laparostomia.

H.C., H.F., H.U./UFSC.

Janeiro de 1984 a abril de 1987.

<u>Complicação</u>	<u>Nº Casos</u>
Insuficiência renal aguda	3
Fístulas digestivas	3
Septicemia	3
Problemas respiratórios	3
Hemorragia digestiva	3
Abscessos recorrentes	2
Deiscência de anastomose	2
Incorporação da tela	2
Deiscência de coto retal	1

Nota - Os casos representam patologias isoladas ou associadas.

Associamos à provável complicação da nutrição parenteral prolongada o caso de nº oito em que a paciente após 140 dias de internação e sem apresentar sinais de foco infeccioso intra-abdominal ou sistêmico, desenvolveu quadro súbito de choque séptico irreversível.

Com relação à causa do óbito vimos que todos os seis pacientes falecidos tiveram causa diretamente relacionada ao quadro e, conseqüentemente, ao método empregado e suas complicações.

Analisando o número de óbitos vimos que dos oito pacientes submetidos ao método, seis vieram a falecer, atingindo um elevado índice de mortalidade (75%) em nossa casuística. Tabela 3.

Tabela 3

Análise do número e causas de óbitos em 8 casos submetidos à laparostomia H.C., H.F., H.U./UFSC. Janeiro de 1984 a abril de 1987.

Caso	Óbito/Nº	Causa
1	Sim	Choque hipovolêmico
2	Sim	Choque hipovolêmico e insuficiência renal aguda
3	Não	—
4	Sim	SARA e Edema agudo pulmonar
5	Não	—
6	Sim	Anemia e hiperpotassemia
7	Sim	Insuficiência renal aguda e choque séptico
8	Sim	Choque séptico
Total	8	6

1
DISCUSSÃO

A peritonite difusa aguda é uma entidade grave e frequentemente letal. A sua morbidade e mortalidade têm se tornado alarmantemente alta nos últimos anos, principalmente em pacientes idosos ou quando o diagnóstico é retardado.

As reintervenções programadas não têm se mostrado eficazes no tratamento da peritonite generalizada grave. As razões para as falhas são variadas e recorrem principalmente na persistência de sepsis intra-abdominal, abscessos recorrentes e necrose ou deiscência de anastomose.

Devido à dificuldade em se tratar a persistência desses focos infecciosos, tem sido advogado, por autores, o método do "abdome aberto".

A sepsis intraperitonal é tratada como se fosse um grande abscesso, sendo a cavidade deixada completamente aberta para que haja ampla drenagem.

Nos pacientes analisados a idade variou entre dezesseis e setenta e três anos, com uma média de idade de quarenta e quatro anos.

Na literatura observamos que a maioria dos autores (1,7,10,12,13) encontraram uma média entre quarenta a quarenta e oito anos, sendo que HEDDERICH (6) obteve uma média de idade mais alta, de sessenta e quatro anos.

Com relação a esse dado acreditamos que esteja ligado às patologias de base que são mais incidentes em pessoas nessa faixa etária.

Dado irrelevante na amostra referida

Em relação ao sexo observamos uma predominância em tre homens. Fato este também relacionado por vários autores (1,6,7,13), embora alguns (12) encontraram maior incidência em mulheres. Devido à brevidade de nossa amostra não podemos tecer comentários sobre este fato.

As causas de peritonite em nosso estudo incluíram uma variedade de patologias: úlcera péptica perfurada (dois casos), aborto provocado (um caso), apendicite aguda, pancreatite aguda, carcinoma gástrico, trauma abdominal fechado e volvo de sigmóide, todos com um caso.

Em cinco casos a peritonite se desenvolveu como consequência de uma operação prévia sobre o trato gastro-intestinal.

HEDDERICH (6) relata que em sua casuística, entre dez pacientes analisados, dois apresentavam sepsis intra-abdominal pós-operatória, isto é, como complicação de uma cirurgia prévia.

TINOCO e COLS (12) encontraram uma predominância absoluta de peritonite após extravasamento de conteúdo do trato gastrointestinal para a cavidade peritoneal, em concorde com nossos achados.

Outros como STEINBERG (10) e WOUTERS e COLS (13) encontraram menor número de casos de peritonite relacionados à complicações pós-operatórias de cirurgias sobre o aparelho digestivo.

A contaminação da cavidade peritoneal ocorre a partir da lesão de um órgão já doente ou traumatizado acarretando um quadro de peritonite. A distribuição e quantidade de microorganismos aeróbios e anaeróbios aumenta progressivamente no sentido caudal do tubo digestivo. No estômago e intestino delgado a flora bacteriana é menor que 10^4 por ml de secreção e cresce até que no cólon encontramos em média 10^8 aeróbios por grama de fezes e 10^{11} anaeróbios por grama.

Indicamos a peritoniostomia em pacientes geralmente submetidos a cirurgias anteriores para correção da causa da peritonite e que não obtiveram sucesso, associados ao grave estado geral e presença de múltiplos abscessos intra-cavitários. As maiores indicações são a peritonite fecal, a peritonite supurativa generalizada

e a pancreatite necro-hemorrágica.

Na literatura revisada observamos que a maioria dos autores (1,2,6,10,12) utiliza as mesmas indicações clínicas para o uso do método do abdome aberto. STEINBERG (10) em sua casuística encontrou como principal patologia-base a apendicite supurada.

ANDERSON (1) num estudo de vinte pacientes encontrou em treze deles, perfurações no trato gastrointestinal.

Utilizamos o método da peritonostomia com colocação de tela de polipropileno como descrito anteriormente.

Deixamos a tela solta sobre a cavidade.(Figura 1).



Figura 1.

Lavamos periodicamente a cada 6 horas ou quando hou_{ver} secreção sobre a tela. Se não tivermos complicações, retiramos a tela até o 4º, ou no máximo até 10º dia pós-operatório. Não usamos drenagens laminares ou tubulares concomitantemente. (Figura 2).

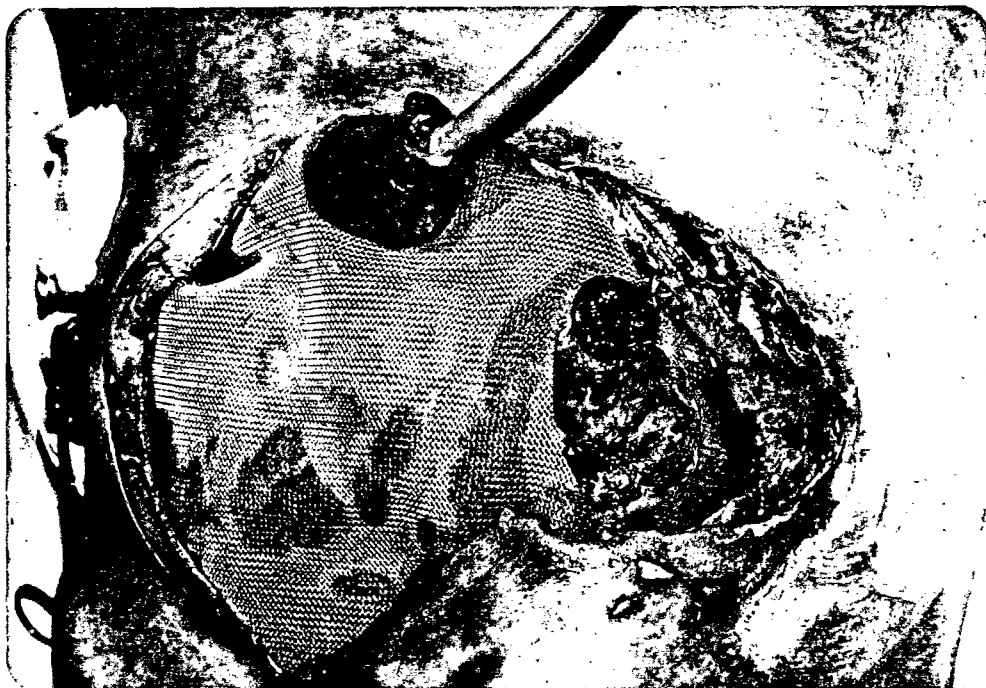


Figura 2

Um grande número de cirurgiões vêm se utilizando desse avanço terapêutico para pacientes com sepsis intra-abdominal grave nos últimos anos.

A finalidade e os objetivos do método são idênticos entre aqueles que o praticam, embora alguns o utilizam de maneiras diferentes quanto ao seu manuseio.

TINOCO e COLS. (12) utilizam a mesma técnica que os autores do trabalho, porém deixam um gotejamento contínuo, sobre a tela, com solução salina a 0,9%. Ao contrário da maioria de nossos casos, deixam a tela dentro da cavidade e o tecido celular subcutâneo e a pele fecham por segunda intenção. ???

Autores como HEDDERICH e COLS. (6) utilizam sobre a tela, chumaços de gaze embebidos em solução salina e os retira após doze a vinte quatro horas da operação, colocam um zíper no meio da tela facilitando a lavagem e exploração manual deste, diariamente.

STEINBERG (10) utiliza os chumaços de gaze localizados sob a incisão abaixo do peritônio. Após quarenta e oito a setenta e duas horas retira-os, fecha o peritônio e a aponeurose deixando também pele e tecido celular subcutâneo fechar espontaneamente, ou sutura-os quando não houver mais sinais de infecção.

Além dos cuidados já descritos, WOUTERS e COLS. (13) utilizam-se da drenagem laminar localizada nos espaços subdiafragmáticos, goteiras parietocólicas, no fundo de saco de Douglas e, quando há perfuração, no local da mesma.

Em nossos pacientes não utilizamos qualquer tipo de drenagem porque, de fato, a laparostomia é a melhor drenagem para o grande abscesso que é peritonite.

MUGHAL e COLS. (7) advogam que o uso da lavagem após 48-72 horas no pós-operatório, com ou sem antibióticos, reduz a mortalidade por peritonite.

Experimentalmente provou-se que a lavagem peritoneal per ou pós-operatória só será válida se usada dentro de duas horas após o início da infecção, entretanto há uma diminuição na mortalidade e morbidade quando associada à antibioticoterapia (10), sen

do este fato contestado por alguns autores. — food

Na opinião de FREITAS e COLS. (4) e HARBRECHT e COLS. (5) a laparostomia é um procedimento a ser avaliado e empregado antes que o paciente tenha a parede abdominal lesada devido às repetidas cirurgias anteriores e antes de se estabelecer um quadro séptico, danificando rins e pulmões.

Em nosso estudo, os casos em que se utilizou a técnica na operação inicial eram devidos à peritonite generalizada associada a um quadro grave, e com grandes riscos à vida do paciente. Mesmo assim FREITAS (4) só indica a laparostomia após duas intervenções anteriores que não tenham obtido sucesso.

Em todos os pacientes ~~utilizamos~~ ^{NÃO!} a nutrição parenteral prolongada como terapêutica nutricional de suporte em concordância com a maioria dos autores.

A nutrição parenteral "uma solução completa de nutrientes empregada na reversão de processos patológicos em que o catabolismo da proteína muscular é intenso", tem indicação precisa em pacientes com peritonite generalizada.

Em relação às complicações que podem advir do seu uso destacamos a hiperglicemia, hipervolemia desencadeando insuficiência cardíaca congestiva, e a septicemia, devida à contaminação da via de acesso ou mesmo no preparo da solução.

Em nosso estudo no caso de número 8, após cento e quarenta dias internada, a paciente estava apresentando estado geral regular, não tendo sinais de infecção intra-abdominal recorrente, estava em uso de nutrição parenteral prolongada pela terceira vez após duas cirurgias e desenvolveu subitamente quadro de choque séptico e falência de múltiplos órgãos, fato este que correlacionamos a uma provável complicação da nutrição parenteral.

A média de dias de internação dos 8 casos estudados foi de 41 dias, variando entre dezessete e cento e quarenta e dois dias.

STEINBERG (10) relata em sua casuística uma média de 55 dias de internação em seus pacientes. Já HEDDERICH (6) obteve uma média de 77 dias com o uso do zíper na tela de polipropileno.

Em nosso estudo as principais complicações decorreram do processo séptico intra-abdominal e suas repercussões hemodinâmicas. Consequências como insuficiência renal, problemas respiratórios, hemorragia digestiva, distúrbios metabólicos e persistência de abscessos cavitários.

A associação dessas entidades caracteriza a falência de múltiplos órgãos e sistemas que aumenta significativamente a mortalidade, acima de 90%, segundo STEPHEN e LOEWENTHAL (11).

A evisceração e o aparecimento de hérnias incisionais não foram complicações dos nossos pacientes com o uso do abdome aberto e colocação de tela de polipropileno, ao contrário de alguns autores (1,6,9) que relatam serem estes problemas relacionados ao uso desta técnica.

Em dois casos não foi possível a retirada da tela, pois esta se encontrava incorporada aos tecidos circundantes. Um desses doentes obteve benefícios com o uso do método.

Em relação à mortalidade, obtivemos um índice consideravelmente alto (75%). A experiência de diversos autores como mostra a tabela 4, nos revela índices como o de STEINBERG (10) que conseguiu apenas 7% de mortalidade no uso da técnica do abdome aberto. Assim como também encontramos autores franceses que obtiveram índices acima de 60% de mortalidade.

Devemos esse alto número de óbitos principalmente à gravidade dos casos, associados às complicações decorrentes da sépsis intra-abdominal e suas repercussões.

Tabela 4

Resultados do tratamento pelo abdome aberto
Reproduzido de Shein e Cols. (Surg., Gynec. and Obst., 163:587-92, 1986)

AUTORES	Nº DE PACIENTES	T.M.%
STEINBERG	14	7.1
WOUTERS E COLS.	20	20
ANDERSON E COLS.	20	60
CHAMPAULT E COLS.	27	48.1
CHARLEUX E COLS.	9	66.6

CONCLUSÃO

Após análise dos casos e revendo a literatura con
cluimos que:

- A peritonite difusa aguda é uma entidade mórbida grave e de elevado índice de mortalidade.
- A idade média dos pacientes foi de 44 anos.
- Houve predominância de pacientes do sexo masculino.
- A patologia básica mais comum foi a úlcera péptica perfurada.
- As principais causas de peritonite foram as deiscências de anastomose gastrointestinal, com extravasamento de líquido para a cavidade peritoneal.
- A média de dias de internação foi de 41 dias.
- Como complicações do uso da tela de polipropileno tivemos dois casos em que a mesma se incorporou ao organismo do paciente.
- A falência de múltiplos órgãos e sistemas por sepsis foi responsável pela maioria dos óbitos.
- O índice de mortalidade foi de 75%.

Luiz
Após a realização deste trabalho sugerimos a implan
tação de um serviço de necrópsia aos pacientes falecidos no Hospi
tal Universitário para melhor esclarecimento diagnóstico, visto ser
este hospital um centro de referência e estudos do Estado de Santa
Catarina.

Acreditamos que para melhor avaliação dos resultados
obtidos com o uso da técnica, necessitamos de estudos comparativos.

SUMMARY

The authors described eight cases which underwent laparostomies of the severe acute peritonitis, since January, 1984 till April, 1987 in the Caridade Hospital, Florianópolis Hospital and the Federal University of Santa Catarina Hospital.

Although the high mortality rate, this method, in our opinion, have large utility in patients which intra-abdominal sepsis, and should be better developed for another autors with comparativity studies.

REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ANDERSON, E.D., MANDELBAUM, D.M., ELLISON, E.C., CAREY, L. C., COOPERMAN, M.: Open Packing of the Peritoneal Cavity in Generalized Bacterial Peritonitis. Am. J. Surg., 145: 131-33, 1983.
- 2 - EDITORIAL: Open Management of the Septic Abdomen. Lancet, July 19, 1986.
- 3 - FINE GOLD, S.M.: Infecções Anaeróbicas. Clin. Cirurg. Amer. Norte. Interamericana, Rio de Janeiro, 49-64, 1980.
- 4 - FREITAS, E., TORRES, C., FREITAS, A., AYRES, G.M., FREITAS, H.M. P.: Laparostomia. Rev. Col. Bras. Cir., 10 (5): 149-51, 1983.
- 5 - HARBRECHT, P.J., GARRISON, R.N., FRY, D.E.: Early Urgent Relaparotomy. Arch. Surg., 119:369-74, 1984.
- 6 - HEDDERICH, G.S., WEXLER, M.J., Mc Lean, A.P.H., MEAKINS, J.L.: The Septic Abdomen: Open management With Marlex mesh with a zipper. Surgery, 99 (4): 399-407, 1986.
- 7 - MUGHAL, M.M., BANCCWICZ, J., IRVING, M.H.: 'Laparostomy': a technique for the management of intractable intra-abdominal sepsis. Br.J. Surg. 73: 253-59, 1986.
- 8 - NICHOLS, R.L.; Infecções após cirurgia gastrointestinal: Abscesso intra-abdominal. Clin. Cirurg. Amer. do Norte. Interamericana, Rio de Janeiro, 197-211, 1980.
- 9 - SCHEIN, M., SAADIA, R., DECKER, G.G.A.: The Open Management of the Septic Abdomen. Surg. Gynecol. Obstet., 163(6): 587-92, 1986.
- 10 - STEINBERG, D.: On Leaving the Peritoneal Cavity Open in Acute Generalized Suppurative Peritonitis. Am. J. Surg., 137: 216-20, 1979.
- 11 - STEPHEN, M., LOEWENTHAL, J.: Generalized infective peritonitis. Surg. Gynecol. Obstet., 147: 231-34, 1978.
- 12 - TINOCO, R.C., TINOCO, L.A., CAVICHINI, Q.N., HENNEY, G.T., BRUM, A.V.: Abdomen aberto: nova opção para o tratamento da Peritonite grave generalizada multi-septada. Rev. Bras. Cir., 72 (4):

255-60, 1982.

- 13 - WOUTERS, D.B., KROM, R.A.F., SLOFF, M.J.H., KOOTSTRA, G., KUIJER, J.: The use of marlex mesh in patients with generalized peritonitis and Multiple Organ System Failure. Surg. Gynecol. Obstet., 156: 609-14, 1983.

TCC
UFSC
CC
0172

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CC 0172.
Autor: Lima, Alvaro Guima
Título: Peritostomia no tratamento da



972804257

Ac. 252998

Ex.1 UFSC BSCCSM