



MANEJO DE PACIENTES COM TRAUMA ABDOMINAL FECHADO: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

 <https://doi.org/10.56238/isevmjv3n6-008>

Recebimento dos originais: 25/10/2024

Aceitação para publicação: 25/11/2024

Jamile Garcia de Oliveira

Graduanda em Medicina e MBA em Gestão Hospitalar
Universidade Unigranrio

Leonardo Vicente Brasil de Oliveira

Médico
Centro universitário do Espírito Santo

Amanda Faber Pedro Moura

Médica
Faculdade Afya Palmas - TO

Uéslei José Pinheiro

Médico
Centro Universitário São Lucas

Victor Alfonso Martinez Salazar

Médico
Universidade Autônoma de Bucaramanga

RESUMO

Objetivo: Analisar o Manejo de pacientes com trauma abdominal fechado. **Revisão Bibliográfica:** Entende-se por trauma uma afecção que envolve a troca de energia entre o meio e o corpo ocasionando em lesões que podem acometer diferentes sistemas no corpo humano (PARREIRA, 2017). O baço representa o maior órgão do sistema linfático, sendo responsável por cerca de 30% do sistema fagocitário mononuclear, além de participar na remoção de eritrócitos alterados e microorganismos na circulação, representando, assim, um importante órgão (MATOS FILHO, ARGOS SOARES DE et al, 2018). No trauma abdominal contuso, é um dos órgãos com mais frequência acometido, associado a uma taxa de mortalidade que cresce na medida que o tratamento é postergado (JÚNIOR et al., 2021) (CARDOSO, DANIEL LINHARES et al., 2018). **Considerações finais:** Destaca-se entre as lesões, o trauma esplênico e hepático, além de rins, baço, pâncreas, alças intestinais e vasos sanguíneos. Devido ao risco de vida, é necessário que tais lesões sejam respeitadas e procuradas a partir de exame físico e de imagem.

Palavras-chave: Trauma Abdominal. Lesão. Abdômen.



1 INTRODUÇÃO

Entende-se por trauma uma afecção que envolve a troca de energia entre o meio e o corpo ocasionando em lesões que podem acometer diferentes sistemas no corpo humano (PARREIRA, 2017). É sabido que o trauma vem tendo um crescimento importante em número de casos nos últimos anos, configurando-se como a terceira causa de morte (BROSKA et al., 2017).

Nesse sentido, os traumas abdominais são divididos em duas vertentes. Os traumas abertos referem-se a lesões onde há solução de continuidade no caso de serem penetrantes, ou quando há um envolvimento visceral, caracterizando um trauma aberto perfurante. Além desse, há o trauma fechado de interesse do presente artigo que se caracterizam por manter a pele íntegra e o dano causado é transmitido aos órgãos através da parede abdominal ou dão-se por desaceleração. O trauma abdominal contuso tem uma recorrência alta dentro do contexto de emergências, sendo que a maior parte resulta de acidentes automobilísticos, denotando a importância de o assunto ser abordado (FONSECA, 2018).

Como já destacado, a maior parte dos traumas contusos são causados por acidentes automobilísticos (cerca de 70%). A gravidade da lesão determinada pelo trauma abdominal fechado depende de quais órgãos ou estruturas estão sendo acometidas, extensão das lesões, além da presença de associação com outras lesões, em especial as torácicas e craniocéfálicas. Um bom prognóstico para essa condição depende de uma abordagem inicial de qualidade, estabelecendo precocemente um diagnóstico e manejando de acordo com este. (RIBAS-FILHO, 2008).

O diagnóstico preciso e oportuno de lesão intra abdominal contusa é um dilema. A precisão do exame físico tem sido questionada por muitos, enquanto outros têm sugerido que o melhor método de diagnóstico é feito através de exames seriados realizados por cirurgião experiente. O abdômen é a terceira região mais acometida no trauma contuso e lesão traumática importante pode não ser reconhecida de forma suficientemente rápida, tornando-se uma causa de morte evitável.

A fim de minimizar a mortalidade em casos de trauma abdominal, fatores de risco para mortalidade devem ser identificados e sistematicamente estudados. Nos últimos anos, fatores de risco, incluindo sexo, a duração do intervalo entre a lesão e a cirurgia abdominal, choque no momento da admissão e traumatismo craniano foram demonstrados.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O baço representa o maior órgão do sistema linfático, sendo responsável por cerca de 30% do sistema fagocitário mononuclear, além de participar na remoção de eritrócitos alterados

e microorganismos na circulação, representando, assim, um importante órgão (MATOS FILHO, ARGOS SOARES DE et al, 2018). No trauma abdominal contuso, é um dos órgãos com mais frequência acometido, associado a uma taxa de mortalidade que cresce na medida que o tratamento é postergado (JÚNIOR et al., 2021) (CARDOSO, DANIEL LINHARES et al., 2018).

As lesões esplênicas são classificadas em graus pela American Association for the Surgery of Trauma(AAST). Lesões de grau I e II possuem um risco de ressangramento inferior a 20%, já lesões do grau III ao V apresentam um risco superior a 20%, probabilidade esta que aumenta de acordo com os demais problemas concomitantes. A abordagem desses pacientes vítimas de trauma contuso com acometimento do baço vai ser guiada pelo grau do paciente, pela estabilidade ou instabilidade do quadro e pela associação de outros acometimentos (JÚNIOR et al., 2021).

É evidente que nas últimas décadas surgiu uma tendência de um tratamento menos invasivo e não cirúrgico mesmo em casos mais graves. Entretanto, são os parâmetros de estabilidade hemodinâmica que irá guiar na escolha de uma abordagem mais conservadora ou cirúrgica. Em pacientes onde há estabilidade hemodinâmica faz-se uma angiogramia computadorizada para determinar se a conduta de optar pela não realização da cirurgia cabe ao paciente em questão e para analisar se há necessidade ou não de angioembolização. Já pacientes que possuem instabilidade hemodinâmica há necessidade de cirurgia de controle de danos para evitar que haja uma perda esplênica, já que pacientes sem baço possuem uma maior taxa de infecção. No entanto, quando há uma persistência de sangramento mesmo após a cirurgia, opta-se pela esplenectomia (SERNA et al.,2021).

É válido destacar que pacientes grau I e II apresentam uma boa resposta ao tratamento não operatório. No entanto, pacientes de grau III a V também podem iniciar um tratamento não invasivo, desde que estes atendam ao critério de estarem hemodinamicamente estáveis. Ademais, a angiografia melhora a resposta do paciente ao tratamento não operatório. Apesar da clara indicação de ser menos invasivo na conduta inicial, especialmente em pacientes estáveis, a literatura ainda carece de mais estudos que acertem com precisão os reais benefícios desse tipo de terapia. Ainda não se possui nada de concreto quanto a como conduzir um paciente submetido a esse tipo de terapia, necessitando de mais estudos para que tal questão seja esclarecida (DE LIMA, 2021).

Na avaliação do paciente com suspeita de trauma abdominal, o quadro clínico mais frequente é a presença de choque hemorrágico sem causa aparente, e a principal causa de morte é

hemorragia e choque hipovolêmico. A conduta para pacientes com instabilidade hemodinâmica e sinais óbvios de trauma abdominal é a exploração cirúrgica imediata. Verificamos que os pacientes, vítimas de trauma abdominal contuso, que vão para laparotomia exploradora instáveis hemodinamicamente tem 2,4 vezes maior chance de óbito do que aqueles sem alterações circulatórias, sendo um fator de risco para mortalidade. Segundo Gad et al., os pacientes instáveis hemodinamicamente, com lesão abdominal ou suspeita de lesão abdominal, que necessitaram de laparotomia têm uma mortalidade acima de 56%, especialmente aqueles com pressão arterial sistólica menor que 60mmHg. Estes pacientes, portanto, necessitam de manejo rápido e eficiente no pré-hospitalar e no atendimento inicial, assim como maior atenção no pós-operatório, uma vez que a conduta cirúrgica agressiva em pacientes com sinais de choque deve ser mantida.

Pacientes com sinais clínicos de lesão intra-abdominal - dor e sinais de peritonite - como indicação para abordagem cirúrgica têm relação significativa com alta hospitalar. Em geral, são pacientes com lesão de víscera oca, sem sangramento importante. Jones et al. demonstraram que pacientes sem indicação imediata de laparotomia e passíveis de acompanhamento com exame físico seriado que necessitaram de intervenção, após trauma contuso, apresentaram sinais ou sintomas da lesão dentro de nove horas, e, a maioria, nos primeiros 60 minutos após a chegada à sala de emergência. Podemos concluir que quando presente, alterações no exame físico no paciente são justificativas confiáveis para intervenção, assim como, sinal de melhor prognóstico ao paciente. A ausência destes sinais, porém, não exclui lesão intra-abdominal.

A maioria dos óbitos, neste estudo, está relacionada às múltiplas lesões intra-abdominais, com predominância de lesão de vísceras maciças, sendo que 80% dos óbitos possuíam outra lesão intra-abdominal associada, a maioria de víscera maciça. Estes achados estão de acordo com o estudo de Hildebrand et al., que avaliou uma série de 342 traumas abdominais fechados submetidos à laparotomia, e todos os pacientes que evoluíram a óbito possuíam lesão hepática ou esplênica, mesmo que em menores graus de gravidade. O trauma abdominal fechado com múltiplas lesões de vísceras maciças apresenta maior mortalidade, maior necessidade de UTI, mais dias de internamento, e maior necessidade de transfusões sanguíneas, o que está de acordo com nosso estudo. A presença de qualquer lesão de víscera maciça no intraoperatório aumenta a chance de óbito em 4,4 vezes. O padrão-ouro para tratamento de lesões de vísceras maciças é conservador e, geralmente, aqueles que necessitam de intervenção cirúrgica possuem lesões mais graves, que conferem maior mortalidade.

Verificamos que lesão de víscera oca isolada é fator de bom prognóstico após trauma abdominal contuso. Mesmo que a conduta obrigatória na suspeita de lesão de víscera oca seja a



intervenção cirúrgica, a ausência de outras injúrias intra-abdominais concomitantes no trauma condiz com um risco significativamente menor de mortalidade. Apesar de raras no trauma fechado, o diagnóstico e o manejo rápido de pacientes com lesões de vísceras ocas continuam sendo imperiosos, uma demora, maior que 24 horas, para intervir está associada com maior mortalidade do que naqueles com reparo imediato.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaca-se entre as lesões, o trauma esplênico e hepático, além de rins, baço, pâncreas, alças intestinais e vasos sanguíneos. Devido ao risco de vida, é necessário que tais lesões sejam respeitadas e procuradas a partir de exame físico e de imagem. Há grande número de ocorrências e é imprescindível que se pesquise sobre o assunto a fim de resguardar a vida desses pacientes.



REFERÊNCIAS

SILVA, Layanne Araújo et al. Trauma abdominal fechado: uma revisão de literatura. Revista Científica do Tocantins, v. 2, n. 1, p. 1-14, 2022.

AGRESTA, Vittoria Machado et al. Trauma Abdominal Abdominal trauma. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 5, p. 23346-23353, 2021.

PIMENTEL, SILVANIA KLUG et al. Fatores de risco para óbito no trauma abdominal fechado com abordagem cirúrgica. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 42, p. 259-264, 2015.

ANCIOTO, Karina et al. PANCREATITE AGUDA NO TRAUMA ABDOMINAL FECHADO: RELATO DE CASO. Revista Uningá, v. 55, n. S1, p. 89-96, 2018.

ARÊDES, Franciele Maria Pires et al. Atualizações científicas sobre a avaliação inicial e o manejo do trauma abdominal fechado em adultos: Scientific updates on initial assessment and management of closed abdominal trauma in adults. Brazilian Journal of Health Review, v. 5, n. 5, p. 20857-20875, 2022.

SCHWAMBACH, Christian Bidel et al. Abordagem ao trauma abdominal fechado. Acta méd.(Porto Alegre), p. [7]-[7], 2016.

RAMIRES, Bárbara Dolor et al. Conduta expectante (não cirúrgica) em pacientes pediátricos vítimas de trauma abdominal contuso com lesão de baço e/ou fígado/Observational (non-surgical) management in pediatric patients with blunt abdominal trauma and spleen and/or liver injury. Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 3, p. 32407-32425, 2021.

BORDONI, Polyanna Helena Coelho et al. Óbitos por trauma abdominal: Análise de 1888 autopsias médico-legais. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 44, p. 582-595, 2017.

AJITIMBAY, Toa Natali Paca et al. Trauma abdominal cerrado. Manejo inicial en urgencias. RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento, v. 6, n. 2, p. 112-119, 2022.

LAGE, Helena Gouvêa Galhardo et al. Laparoscopia no Trauma Abdominal Laparoscopy in Abdominal Trauma. Brazilian Journal of Health Review, v. 5, n. 1, p. 761-764, 2022.