

ABORDAGEM AO TRAUMA ABDOMINAL FECHADO

Christian Bidel Schwambach
Ana Carolina Gomes de Lucena
Mateus Massafra
Hamilton Petry de Souza

UNITERMOS

FERIMENTOS E LESÕES; ABDOME; FÍGADO; BAÇO.

KEYWORDS

WOUNDS AND INJURIES; ABDOMEN; LIVER; SPLEEN.

SUMÁRIO

O trauma abdominal fechado, responsável por boa parte das lesões abdominais decorrentes de trauma, pode se manifestar clinicamente de muitas formas. A conduta depende do *status* clínico do paciente. O objetivo dessa revisão é analisar o trauma abdominal fechado e sua repercussão na vítima.

SUMMARY

The blunt abdominal trauma, responsible for most abdominal injuries resulting from trauma, can manifest clinically in many ways. The management depends on the clinical status of the patient. The focus of this review is to analyze the blunt abdominal trauma and its impact on the victim.

INTRODUÇÃO

Nos serviços de emergência, é comum que o médico se depare com pacientes traumatizados, em que há suspeita de trauma abdominal fechado (TAF). As lesões associadas a essa condição podem se manifestar clinicamente de formas muito variadas, e a sua detecção precoce é essencial para que se obtenha sucesso terapêutico¹.

TRAUMA ABDOMINAL FECHADO

O TAF é responsável por grande parte das lesões abdominais decorrentes de trauma e oferece risco significativo de morbidade e mortalidade¹. A maioria dos casos está relacionada a acidentes automobilísticos, mas golpes contra o

abdome e quedas também são causas comuns. Os órgãos geralmente envolvidos são baço e fígado, principalmente, além de pâncreas, intestino, mesentério, bexiga, diafragma e órgãos retroperitoneais, como os rins e a porção abdominal da aorta¹.

Muitos são os mecanismos de lesão que resultam em TAF. Aumento da pressão intra-abdominal criado por forças externas pode romper uma víscera oca¹. Golpes contra a parede abdominal anterior podem comprimir as vísceras abdominais contra a parede torácica ou a coluna vertebral, lesando tecidos. Traumas por desaceleração podem causar laceração tanto em vísceras ocas, como nas sólidas, nos pontos onde esses órgãos se fixam ao peritônio¹. Exemplo disso são as lesões por desaceleração em vítimas usando o cinto de segurança, fato frequente e que deve ser suspeitado sempre². Além disso, costelas fraturadas ou ossos pélvicos também podem lesar tecidos intra-abdominais¹.

A história do trauma deve ser elucidada para que as lesões sejam melhor entendidas¹. É importante conhecer o tipo dos veículos envolvidos no acidente, a sua velocidade no momento da colisão e a extensão dos danos, assim como os lugares ocupados pelas vítimas e se o cinto de segurança estava sendo utilizado pelas mesmas¹.

INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA E CONDUTA

A investigação do trauma abdominal fechado tem início na avaliação primária, respeitando-se a sequência do ABCDE, com vistas à estabilização do paciente e tratamento das lesões ameaçadoras à vida^{1,2}. Nessa fase, a presença de choque de origem não explicada pode ser o indicador mais confiável de sangramento intra-abdominal². Nesse caso, o abdome deve ser exposto em busca de escoriações e/ou de ferimentos penetrantes². Na ausência de alterações à avaliação primária, deve-se prosseguir com a avaliação secundária, quando o abdome será inspecionado, auscultado, palpado e percutido². O exame físico inalterado não exclui, porém, lesão intra-abdominal¹.

O paciente com TAF pode apresentar hemorragia por lesão vascular ou de órgãos sólidos, além de peritonite por lesão de víscera oca¹. À inspeção abdominal, a presença de “tatuagens traumáticas” é um indicativo de lesões graves². Suspeita-se de peritonite quando, à palpação do abdome, existem dor à descompressão e presença de defesa voluntária ou involuntária². Redução ou ausência dos ruídos hidroaéreos podem ocorrer, em decorrência de íleo por presença de sangue ou conteúdo do trato gastrointestinal na cavidade abdominal².

Os métodos complementares são utilizados visando ao diagnóstico rápido e acurado³. A tomografia computadorizada (TC) é o método de maior acurácia para as lesões intra ou retroperitoneais, mas indicada apenas para os pacientes estáveis¹. Idealmente, contraste intravenoso deve ser sempre utilizado³.

O manejo do paciente traumatizado, na suspeita de TAF, varia conforme sua apresentação clínica¹. Se o paciente está instável hemodinamicamente, o objetivo da avaliação consiste em determinar a presença de hemorragia intraperitoneal, o que pode ser feito mediante a utilização do FAST (*Focused Assesment with Sonography for Trauma*), nos locais onde exista o dispositivo^{1,2,3}. No caso dos pacientes instáveis com FAST positivo, a conduta é a indicação imediata de laparotomia de emergência^{1,3}. Caso não seja possível utilizá-lo, outros métodos diagnósticos podem ser considerados, como o lavado peritoneal diagnóstico (LPD)¹. A ecografia convencional pode ser válida, desde que rápida³. O paciente instável nunca deve ser deslocado, a fim de que sejam realizados exames complementares¹. Diante da impossibilidade de estabilizá-lo e na ausência de lesão intra-abdominal, devem ser investigados outros sítios hemorrágicos ou outras causas não hemorrágicas de choque¹.

Em pacientes estáveis e com apresentação clínica favorável, com aferição dos sinais vitais e exames laboratoriais que indicam baixo risco, podem ser submetidos a período de observação, com avaliação de sinais vitais e exame físico seriados¹. TC que não evidencie alterações intra-abdominais pode abreviar o período de observação antes da alta¹. Os pacientes que se apresentam clinicamente estáveis, mas com exames laboratoriais indicativos de lesão intra-abdominal (hematócrito <30%, lactato elevado, acidose, hematúria microscópica) devem ser melhor avaliados por meio de TC de abdome com contraste, se não houver contra-indicação. Se não forem evidenciadas lesões intra-abdominais, o paciente também pode ser submetido a um período de observação com exame físico e aferição de sinais vitais¹. Em caso de estabilidade hemodinâmica, mas alteração ao exame físico que sugira lesão intra-abdominal (hipotensão, sinais peritoneais, distensão abdominal, sinal do cinto de segurança), TC abdominal deve ser realizada¹. Quando o paciente é mantido em observação e apresenta nova dor abdominal ou sinais de peritonite, deve ser avaliado com vistas à conduta cirúrgica¹.

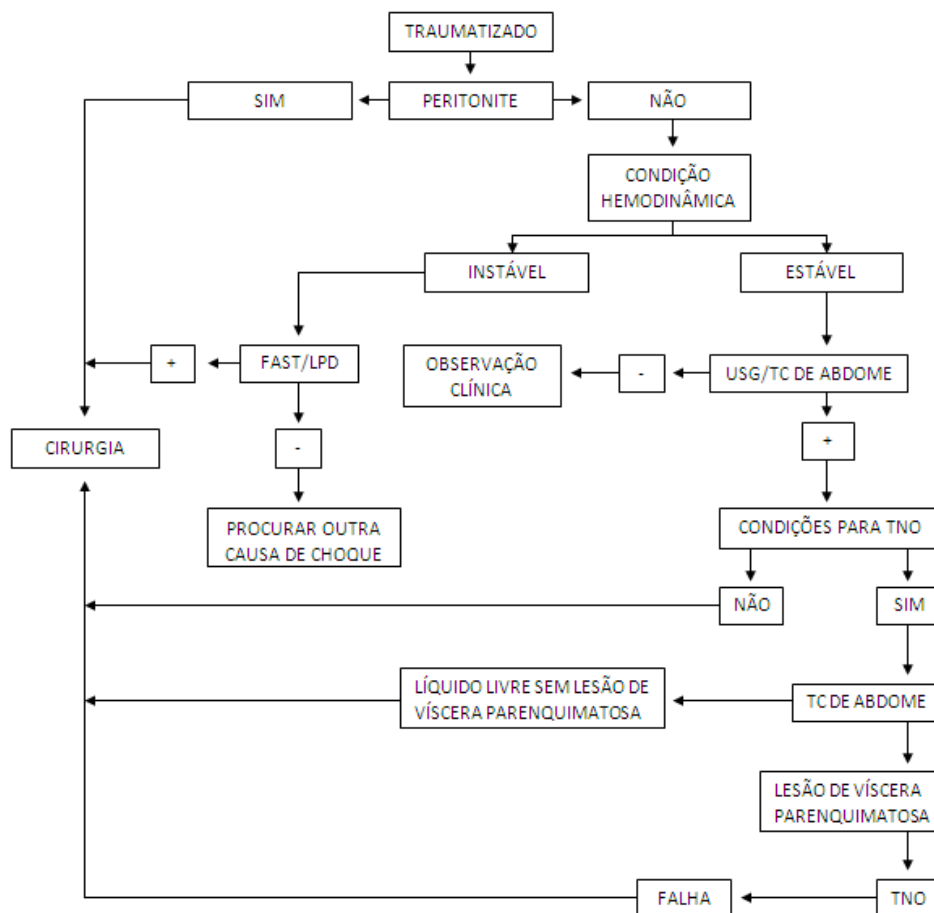
As indicações clínicas da laparotomia devem ser conhecidas, a fim de que não se adie a realização de uma intervenção cirúrgica curativa¹. As indicações estão presentes na tabela 1.

Tabela 1. Avaliação inicial e manejo do trauma abdominal fechado em adultos

Indicações Clínicas de Laparotomia
Sinais inexplicáveis de perda sanguínea ou hipotensão em paciente cuja estabilização não seja possível e quando se esteja suspeitando fortemente de lesão intra-abdominal.
Sinais claros e persistentes de irritação peritoneal.
Evidência radiológica de pneumoperitônio condizente com ruptura de víscera.
Evidência de ruptura diafragmática.
Sangramento gastrointestinal significativo e persistente visualizado em drenagem da sonda nasogástrica ou em conteúdo dos vômitos.

O fluxograma abaixo resume a investigação diagnóstica e a conduta diante de paciente com suspeita de trauma abdominal fechado.

Figura 1 – Fluxograma de investigação e conduta de paciente com suspeita de trauma abdominal fechado.



Fonte: Assef et al- Atheneu 2012-Emergências Cirúrgicas Traumáticas e não Traumáticas: condutas e algoritmos. Atheneu- 20Ate

LESÕES ORGÂNICAS ESPECÍFICAS

Baço

O baço é a víscera mais frequentemente comprometida na contusão abdominal e, por ser intensamente vascularizada, pode manter o paciente instável hemodinamicamente⁴. Fraturas do gradil costal esquerdo inferior podem estar associadas à lesão de baço, assim como o sinal de Kehr (dor subescapular à esquerda)⁴. A TC de abdome com contraste é bastante útil na detecção das lesões esplênicas, auxiliando, inclusive, no estadiamento das mesmas⁴. O tratamento das lesões de baço não é, necessariamente, cirúrgico⁴.

No paciente hemodinamicamente estável com lesões de grau I a III (conforme a classificação de lesões da *American Association for the Surgery of Trauma – Organ Injury Scale - AAST-OIS*, representada na tabela 2), na ausência de irritação peritoneal e de coagulopatias ou uso de drogas anticoagulantes e afins, pode-se optar pelo tratamento não operatório⁴. Nesse caso, pode haver lugar para a angiografia com embolização arterial das lesões sangrantes. As indicações de laparotomia, no contexto das lesões esplênicas, são, em geral, a presença de lesões de grau IV e V, independentemente do status clínico do paciente, presença de coagulopatias, de sinais de irritação peritoneal ou de instabilidade hemodinâmica⁴. A existência de apenas um dos critérios anteriores já torna mandatória a conduta cirúrgica. Diante dessa indicação, a conduta geralmente é a realização de esplenectomia total⁴.

Tabela 2. Classificação da AAST-OIS para traumas esplênicos.

	<i>Grau de lesão</i>	<i>Descrição</i>
I	Hematoma	Subcapsular, não expansivo, área de superfície < 10%.
	Laceração	Laceração da cápsula, sem sangramento, < 1cm de profundidade no parênquima.
II	Hematoma	Subcapsular, não expansivo, áreas de superfície de 10% a 50%, intraparenquimatoso, não expansivo, < 5cm de diâmetro.
	Laceração	Laceração na cápsula, sangramento ativo, 1 a 3cm de profundidade no parênquima que não envolve vasos trabeculares.
III	Hematoma	Subcapsular, área de superfície > 50% ou em expansão; hematoma subcapsular roto com sangramento ativo, hematoma intraparenquimatoso > 2cm ou em expansão.
	Laceração	> 3cm em profundidade no parênquima ou envolvendo vasos trabeculares.
IV	Hematoma	Ruptura de hematoma intraparenquimatoso com sangramento ativo.
	Laceração	Laceração envolvendo vasos segmentares ou hilares produzindo grande desvascularização (25% do baço).
V	Hematoma	Explosão esplênica.
	Laceração	Lesão no hilo com desvascularização do baço.

Fígado

As lesões hepáticas fechadas decorrem de diferentes mecanismos de trauma⁴. Em lesões por esmagamento, por exemplo, ocorre a compressão da superfície hepática contra os arcos costais, resultando em lesões “estreladas” ou “em garras de urso”⁵.

Existem várias classificações para avaliar a gravidade e a extensão das lesões hepáticas. A uniformização, ao longo dos anos, destes conceitos permite prever prognósticos, orientar tratamento, comparar resultados e otimizar a conduta como um todo³. Na tabela 3, está esquematizada a classificação da *AAST-OIS*.

A TC abdominal possui sensibilidade de 92-97% e especificidade de 98,7% para o traumatismo hepático⁶. Ela oferece ao profissional da saúde informações sobre o tipo e o grau da lesão hepática, sobre o volume do hemoperitônio, além de permitir a distinção entre sangue coagulado e hemorragia ativa. Esse método também permite a avaliação de outras lesões intra-abdominais e torácicas⁶.

Tabela 3 . Traumas hepáticos (AAST-OIS).

Grau	Lesão	Características ao exame tomográfico
I	Hematoma	Subcapsular < 10% da área de superfície.
	Laceração	Ruptura capsular < 1 cm de profundidade no parênquima.
II	Hematoma	Subcapsular, 10 a 50% da área de superfície. Intraparenquimatoso, < 2 cm de diâmetro.
	Laceração	1 a 3 cm de profundidade no parênquima, < 10 cm de extensão.
III	Hematoma	Subcapsular, > que 50% da área de superfície ou em expansão. Ruptura subcapsular ou hematoma parenquimatoso. Hematoma intraparenquimatoso > 2 cm ou em expansão.
	Laceração	Maior que 3 cm de profundidade.
IV	Laceração	Dilaceração do parênquima envolvendo 25-75% do lobo hepático ou 1-3 segmentos de Coinaud ou mesmo lobo.
	Laceração	Dilaceração do parênquima > 75% do lobo hepático ou > 3 segmentos de Coinaud no mesmo lobo.
V	Laceração	Dilaceração do parênquima > 75% do lobo hepático ou > 3 segmentos de Coinaud no mesmo lobo.
	Vascular	Lesões de veias justahepáticas ou veias hepáticas/veia cava retrohepática.
VI	Vascular	Avulsão hepática.

The American Association for the Surgery of Trauma.

Os óbitos por trauma hepático estão ligados, na maioria das vezes, ao que ficou conhecido como a “tríade letal”: coagulopatia, hipotermia e acidose⁵. A adoção do tratamento não operatório, bem embasado, apresentou redução da mortalidade, de acordo com trabalhos publicados⁵.

O aperfeiçoamento dos exames de imagem e a constatação de que cerca de 50% das hemorragias ativas cessam de forma espontânea, somados à grande capacidade regenerativa do fígado, fizeram com que o tratamento conservador fosse adotado com taxas de sucesso em 80-90% dos casos⁵.

Os avanços na técnica de tomografia contrastada do fígado também permitiram reduzir a necessidade de laparotomias exploradoras e de transfusões sanguíneas através da identificação de zonas hemorrágicas passíveis de embolização pela angiografia⁵.

A complicação mais frequente e grave associada ao trauma hepático é a hemorragia persistente, que ocorre em cerca de 1-9% dos casos, constituindo a causa mais frequente de falência do tratamento não operatório (cerca de 75% dos casos)⁵. O quadro é caracterizado por dor, aumento da necessidade de reposição volêmica e instabilidade hemodinâmica, havendo necessidade de intervenção cirúrgica⁵.

CONCLUSÃO

O trauma abdominal fechado é uma condição importante, em termos de prevalência e de taxas de morbimortalidade. Por isso é importante que a definição diagnóstica seja acurada e precoce, a fim de que se minimize a ocorrência dos quadros graves e das suas possíveis complicações.

REFERÊNCIAS

1. Diercks DB, Clarke S. Initial evaluation and management of blunt abdominal trauma in adults. [Database on internet]. 2016 Jun [updated 2016 Jul 06; cited 2016 Jul 14]. In: UpToDate. Available:

http://www.uptodate.com/contents/initial-evaluation-and-management-of-blunt-abdominal-trauma-in-adults?source=search_result&search=blunt+abdominal+trauma&selectedTitle=1~150.
Release: 24.3 – C24.157.

2. Colégio Americano de Cirurgiões. Comitê do Trauma. 9ª ed. Chicago: ATL; 2012.
3. Souza HP, Breigeiron R, Vilhordo, DW. Doença trauma: fisiopatogenia, desafios, aplicação prática. São Paulo: Atheneu; 2015 Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202008000400004&lng=en
4. Assef JC, Perlingeiro JAG, Parreira JG, et al. Emergências cirúrgicas traumáticas e não traumáticas: condutas e algoritmos. São Paulo: Atheneu; 2012.
5. Piper GL, Peitzman AB. Current management of hepatic trauma. Surg Clin North Am. 2010;90(4):775-85. doi: 10.1016/j.suc.2010.04.009.
6. Ribas-Filho MJ, Malafaia O, Fouani M, et al . Trauma abdominal: estudo das lesões mais frequentes do sistema digestório e suas causas. ABCD. Arq Bras Cir Dig. [Internet]. 2008 Dec [cited 2016 July 14];21(4):170-4.