

INTRODUÇÃO

O trauma constitui um grande problema de saúde pública mundial (1). O diagnóstico de lesões que ameaçam a vida nas vítimas politraumatizadas exige frequentemente a realização de exames de imagem. Recentemente, o uso da tomografia computadorizada de corpo inteiro (TCCI) vem sendo empregado nos centros de trauma como parte da avaliação inicial de vítimas de trauma grave. A TCCI permite um rápido diagnóstico, detectando, caracterizando ou excluindo lesões, além de evitar explorações cirúrgicas desnecessárias (2,3). O objetivo do estudo foi avaliar a relação entre a energia cinética do trauma e a presença de lesões nos pacientes submetidos à tomografia computadorizada de corpo inteiro (TCCI) em um hospital referência em trauma.

MÉTODO

Estudo retrospectivo de pacientes submetidos à TCCI em um período de seis meses. Foram analisadas e comparadas características individuais de cada paciente, mecanismo de trauma, dados do atendimento e lesões à tomografia. Acidentes de trânsito e queda de outro nível são exemplos de mecanismo de alta energia cinética.

RESULTADOS

Foram 384 vítimas submetidas à TCCI, predominantemente homens, adultos, 81,7% sofreram mecanismos de trauma de alta energia cinética. A TCCI foi positiva em 58,6% dos casos. Acidentes de trânsito (atropelamentos, colisão envolvendo automóvel e colisão envolvendo veículo de duas rodas) apresentaram maior positividade de lesão à TCCI em relação aos demais mecanismos. Mecanismos de alta energia cinética causaram mais lesões de tórax e de coluna que

os demais (*Tabela 1*). A intubação orotraqueal apresentou relação positiva com a positividade de lesões à TCCI (OR 2,97 e IC [1,45; 6,08]), já os mecanismos de trauma de baixa energia cinética apresentaram relação negativa (OR 0,34 e IC [0,17; 0,68]).

DISCUSSÃO

Não há consenso e nem critérios clínicos claros que indiquem à TCCI no trauma (3). Muitos estudos relatam protocolos ou algoritmos para uso da TCCI (2,4). Nenhum deles, porém, de forma geral, está amplamente difundido na cultura dos centros de referência ao trauma no Brasil. Mecanismos de trauma de alta energia cinética, ausência de confiabilidade no exame físico e história clínica e dúvida quanto a velocidade da colisão de trânsito são alguns dados que comumente são elegidos pelos médicos como indicações para a TCCI no trauma (5,6). Neste, houve diferença expressiva entre os segmentos corporais envolvidos nas lesões relacionadas aos diferentes mecanismos de trauma. Para atropelamento e Queda de mesmo nível, as lesões de tórax e TCE se sobressaíram.

Tabela 1. Relação entre positividade de lesões à TCCI e subtipos de energia cinética.

Segmento	Energia Cinética			P-valor
	Alta	Baixa	Outros	
	N = 294 (81,7%)	N = 48 (13,3%)	N = 18 (5%)	
Tórax	109 (37,1%)	7 (14,6%)	5 (27,8%)	0,005
Abdome	35 (11,9%)	3 (6,3%)	1 (5,6%)	0,47
Coluna	50 (17%)	2 (4,2%)	3 (16,7%)	0,04
Pelve	28 (9,5%)	1 (2,1%)	0 (0,0%)	0,12
TCE	63 (21,4%)	9 (18,8%)	0 (0,0%)	0,06

TCE: Traumatismo crânio-encefálico.

Acidentes automóvel-automóvel apresentaram maiores proporções de lesão em tórax e abdome. Motocicleta-anteparo e motocicleta-automóvel apresentaram maiores proporções de lesões de tórax isoladamente. Por último, nas quedas de outro nível as lesões de tórax, coluna vertebral e TCE foram as mais comuns. Os dados encontrados na literatura quanto à relação entre mecanismo de trauma e segmento corporal envolvido condizem com os encontrados nesse estudo (5,7).

CONCLUSÃO

Pacientes vítimas de trauma de alta energia cinética apresentaram maior positividade de lesões à TCCI em relação aos pacientes vítimas de trauma de baixa energia cinética, sendo este último um fator protetor para lesões.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília; 2014.
2. Sierink JC, Treskes K, Edwards MJR, Beuker BJA, den Hartog D, Hohmann J, et al. Immediate total-body CT scanning versus conventional imaging and selective CT scanning in patients with severe trauma (REACT-2): a randomised controlled trial. *Lancet [Internet]*. 2016;388(10045):673–8
3. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30932-13](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30932-13). Gunn ML, Kool DR, Lehnert BE. Improving Outcomes in the Patient with Polytrauma: A Review of the Role of Whole-Body Computed Tomography. *Radiol Clin North Am*. 2015;53(4):639–56.
4. Huber-Wagner S, Kanz KG, Hanschen M, Griensven M Van, Biberthaler P, Lefering R. Whole-Body computed tomography in severely injured patients. *Curr Opin Crit Care*. 2018;24(1):55–61.
5. Babaud J, Ridereau-Zins C, Bouhours G, Lebigot J, Le Gall R, Bertrais S, et al. Benefit of the Vittel criteria to determine the need for whole body scanning in a severe trauma patient. *Diagn Interv Imaging*. 2012;93(5):371–9.
6. Salim A, Sangthong B, Martin M, Brown C, Plurad D, Demetriades D. Whole Body Imaging in Blunt Multisystem Trauma Patients Without Obvious Signs of Injury. 2015;141(May 2006).
7. Parreira JG, Martins RK, Slongo J, Perlingeiro JAG, Soldá SC, Assef JC. Análise comparativa das lesões diagnosticadas e de sua gravidade entre vítimas de atropelamento e outros mecanismos de trauma fechado. *Rev Col Bras Cir*. 2015;42(4):253–