

Autores: Godinho, M.¹, Scarpelini, S.¹; Stracieri, L. D. S.¹; Sobrinho, J. L. C.¹; Pereira, T. H. S.¹; Pelosi, R. B.¹; Silva, A. L.¹; Barbosa, N. A.¹
¹: Divisão de Cirurgia de Urgência e Trauma da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – USP
Palavras-Chave: Trauma Hepático; Lesão Hepática Transfixante; Balão de Sengstaken Blakemore; Controle de Danos

INTRODUÇÃO

O trauma hepático apresenta alta mortalidade, em especial as lesões transfixantes, decorrentes de ferimentos penetrantes. Em pacientes instáveis hemodinamicamente, deve-se prontamente cessar o sangramento, sendo a passagem do balão intra-hepático uma tática eficaz para controle de danos na laparotomia do trauma.

RELATO DE CASO

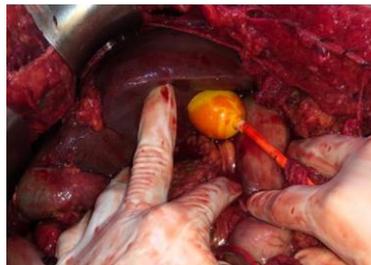
Masculino, 55 anos, deu entrada na Sala de Trauma da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto no dia 27/07/2021, vítima de ferimento por arma de fogo em transição toracoabdominal direita com projétil alojado no subcutâneo em mesma região contralateral. Admitido chocado, com FAST +, iniciado protocolo de transfusão maciça e procedido à drenagem torácica à direita com saída imediata de 500ml de sangue. Submetido à laparotomia de emergência com achado de lesão hepática transfixante em segmento II, III, VI e VII. Após controle hemostático e estabilização hemodinâmica, realizado fechamento da parede abdominal e encaminhado ao CTI. Nas 24 horas subsequentes, houve nova instabilização com necessidade de reabordagem para controle de re-sangramento hepático. Realizado empacotamento local, insuflado balão de Sengstaken Blakemore no trajeto traumático e confeccionado peritoneostomia. Após melhora hemodinâmica, submetido à revisão cirúrgica em 48 horas para retirada de compressas e de balão, realizado fechamento e drenagem da cavidade. Paciente apresentou boa evolução pós operatória e, após 26 dias, sacado dreno abdominal e encaminhado à leito de enfermaria, recebendo alta da cirurgia após 4 dias, sem novas intercorrências.

DISCUSSÃO

Para lesões hepáticas transfixantes, pode-se lançar mão do balão de Sengstaken-Blakemore para rápido e eficiente controle hemostático. Apresenta também a vantagem de, na tentativa de retirada do mesmo em subsequentes abordagens, ser facilmente reinsuflado caso o sangramento não esteja por completo resolvido. No relato acima, o paciente teve seu foco hemorrágico adequadamente controlado com esta técnica, sendo possível sua recuperação em centro de terapia intensiva até sua cirurgia definitiva. Vale ressaltar que, assim como nas demais técnicas de controle hemostático em lesões hepáticas parenquimatosas, é mandatório descartar lesão de grandes vasos através da manobra de Pringle antes de prosseguir com o balonamento. Caso contrário, a lesão principal deverá ser tratada anteriormente.



1.



2.



3.

1 e 2. Balão alocado no ferimento transfixante em seu orifício de entrada e saída respectivamente.

3. Orifício de saída após retirada do balão.

REFERÊNCIAS

1. Poggetti RS, Moore EE, Moore FA. Balloon tamponade for bilobar transfixing hepatic gunshot wounds. J Trauma 1992;33:694-704.
2. Thomas SV, Dulchavsky SA, Diebel LN. Balloon tamponade for liver injuries: case report. J Trauma. 1993; 34(3):448-9.
3. Laux GL, Smaniotto B, von Bahten LC, Berticelli J, Rangel M, Camargo AH, Leonel IS. Tamponamento com balão para lesões hepáticas penetrantes. Arq Med. 2001; 2(3):119-22.
4. Demetriades D. Balloon tamponade for bleeding control in penetrating liver injuries. J Trauma. 1998; 44(3):538-9.
5. Bahten LCV, Nicoluzzi JE, Olandoski M, Pantanali CA, Kuenzer RF. Trauma abdominal fechado: análise dos pacientes vítimas de trauma hepático em um hospital universitário de Curitiba. Rev Col Bras Cir.2005; 32(6):316-20.