

Fuzinato CT<sup>1</sup>, Moura GM<sup>1</sup>, Mello LMM<sup>1</sup>, Storch TS<sup>2</sup>, Netto L<sup>2</sup>

Acadêmicas de medicina da Universidade Santo Amaro<sup>1</sup>

Residente de cirurgia do trauma do Hospital Geral do Grajaú<sup>2</sup>

## INTRODUÇÃO

O trauma abdominal fechado (TAF) é responsável por grande parte das lesões abdominais causadas pelo trauma, sendo que a maioria está relacionado com acidentes automobilísticos e gera grande risco de morbimortalidade.<sup>1</sup> Uma das causas de morte são as vísceras sólidas, fígado e baço, que ao serem expostas a colisões de alta energia tendem a sofrer roturas com quadros hemorrágicos e consequentemente o óbito.<sup>2</sup> Até 45% dos pacientes com trauma abdominal fechado terão lesão esplênica, que podem necessitar de tratamento cirúrgico urgente, angioembolização ou tratamento não cirúrgico que se baseia em observação ativa.<sup>3</sup>

## RELATO DE CASO

JGD, 29 anos, masculino, vítima de acidente motociclístico de alta velocidade, fazia uso de capacete. Sem história de TCE e perda de consciência. Teve episódios de vômito e rebaixamento do nível de consciência no local do acidente. Na admissão foi realizada intubação orotraqueal, devido ao rebaixamento do nível de consciência e a presença de secreção gástrica e paciente possuía escoriação em mento à esquerda e nistagmo horizontal. Evoluiu com instabilidade hemodinâmica e FAST positivo em espaço hepatorenal e em pelve. Submetido a laparotomia exploratória que identificou grande quantidade de sangue em cavidade abdominal, com sangramento ativo da artéria esplênica, cápsula renal com abertura lateral e hematoma renal à esquerda sem sinais de sangramento ativo. Submetido a laparotomia exploratória que identificou grande quantidade de sangue em

cavidade abdominal, com sangramento ativo da artéria esplênica, cápsula renal com abertura lateral e hematoma renal à esquerda sem sinais de sangramento ativo. Devido ao trauma esplênico grau V, instabilidade hemodinâmica e o FAST positivo optou-se pela esplenectomia. Paciente evoluiu com choque hemorrágico, foi mantido sedado e em monitorização na UTI. Foi conduzido a aguardar a tomografia externa, regulado via cross e realizar suporte intensivo.

## DISCUSSÃO

As lesões esplênicas são classificadas de acordo com o a "Organ Injury Scale da American Association for the Surgery of Trauma (AAST)" em graus I a V, sendo que de I a III são consideradas as lesões de baixo grau e de IV a V as de alto grau, levando em conta o risco de ressangramento.<sup>4</sup> Os pacientes com lesões de grau IV e V podem ter indicação de tratamento não operatório (TNO) somente quando estáveis hemodinamicamente.<sup>4</sup> Ademais, essa conduta pode ser indicada desde que existam recursos adequados no serviço hospitalar além da necessidade de não haver lesões associadas que demandem exploração cirúrgica.<sup>4</sup>

## REFERÊNCIAS

1. Schwambach CB, de Lucena ACG, Massafra M, de Souza HP. ABORDAGEM AO TRAUMA ABDOMINAL FECHADO. 2018.
2. PEDRO, J. et al. Estudo Das Lesões De Fígado E Baço Em Traumas Abdominais Por Acidentes Automobilísticos. *Revista Thêma et Scientia*, v. 9, n. 1, p. 209–221, 2017.
3. Hildebrand D R, Ben-sassi A, Ross N P, Macvicar R, Frizelle F A, Watson A J M et al. Modern management of splenic trauma *BMJ* 2014; 348 :g1864 doi:10.1136/bmj.g1864
4. MEIRA, JOSÉ DONIZETI et al. Non-operative management of blunt splenic trauma: evolution, results and controversies. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias* [online]. 2021, v. 48, e20202777. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202777>>. Epub 07 Maio 2021. ISSN 1809-4546. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202777>.