

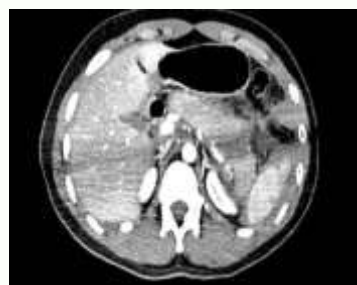
**TÍTULO: Trauma Abdominal Fechado com Lesão Pancreática: Relato de Caso**  
**AUTORES: Scalabrin MLM, Figueira BCP, Rodrigues LCS, Chan EL, Macedo JS, Ferraz N, Oliveira RG, Ketzer BM**

## INTRODUÇÃO

O trauma abdominal fechado é responsável por grande parte das lesões abdominais e oferece risco significativo de morbimortalidade.<sup>1</sup> Os órgãos abdominais mais acometidos são baço e fígado sendo que o pâncreas representa 2% dos traumas abdominais onde pode-se distribuir essa incidência em dois terços nos traumas abdominais penetrantes e um terço no trauma abdominal fechado.<sup>2</sup> Seu diagnóstico costuma ser difícil nos primeiros momentos do trauma devido à clínica inespecífica do paciente, representando um desafio no diagnóstico e tratamento precoce.<sup>3</sup> A indicação de abordagem cirúrgica do trauma abdominal fechado depende da condição hemodinâmica, exame físico e contexto.

## RELATO DE CASO

Paciente masculino, 20 anos, vítima de colisão moto-anteparo (carroça) com dor em membro superior esquerdo, dorso e gradil costal esquerdo. Estável hemodinamicamente, com dor abdominal localizada em flanco esquerdo sem sinais de peritonite e FAST positivo em espaço esplenorenal. Realizada tomografia que identificou aparente área hipocontrastada associada ao aumento volumétrico da porção caudal pancreática sugestiva de contusão/laceração pancreática com pequeno foco de sangramento ativo intraparenquimatoso; laceração esplênica com foco de sangramento ativo; hemoperitônio envolvendo espaço periesplênico, goteira parietocólica esquerda e pelve. Evoluiu com instabilidade hemodinâmica e choque grau IV, sendo acionado protocolo de transfusão maciça. Submetido a laparotomia exploradora que identificou lesão esplênica grau IV com sangramento ativo e trauma pancreático grau II. Optado pela cirurgia de controle de danos no intra-operatório após esplenectomia e empacotamento da cavidade com peritoneostomia a Barker. Após estabilidade hemodinâmica (72 horas após), paciente foi submetido a reabordagem cirúrgica evidenciando lesão de ducto pancreático principal em topografia de cauda pancreática, portanto trauma pancreático grau III. Realizada pancreatectomia corpo-caudal e fechamento da cavidade com alta hospitalar no 24º dia.



Tomografia computadorizada com evidência lesão pancreática grau II. Imagem cedida pela equipe cirúrgica.



Pancreatectomia corpo-caudal após evidência de lesão pancreática grau III. Imagem cedida pela equipe cirúrgica.

## DISCUSSÃO

O baço é o órgão mais comumente lesado no trauma abdominal fechado.<sup>1</sup> Atualmente, é consenso que todo paciente hemodinamicamente estável pode ser submetido inicialmente ao tratamento não operatório, desde que haja recursos disponíveis no serviço.<sup>4</sup> Caso haja instabilidade hemodinâmica, a esplenectomia se torna necessária. As lesões de trauma pancreático são pouco frequentes devido à posição retroperitoneal em que o pâncreas se encontra. Lesões pancreáticas de graus I e II não consistem em manejo operatório de rotina. Já as lesões de grau III, IV e V possuem manejo operatório como a pancreatectomia distal, a colocação de dreno de sucção fechado ou a duodenopancreatectomia. Caso o paciente esteja hemodinamicamente instável, pode ser realizada uma cirurgia de controle de danos e, posteriormente, uma nova abordagem cirúrgica.<sup>2,3,5</sup>

## REFERÊNCIAS

