

Lesão da artéria mesentérica superior no trauma penetrante

Pimenta A. L.¹, Castro R. S.¹, Mendes A. Z.¹, Pádua R. V.¹, Antunes L. S. S.², Macedo J.A.G.², Zille D.P.², Starling, S.V..²

¹ Residentes de Cirurgia Geral do Hospital João XXIII;

² Cirurgiões do Trauma do Hospital João XXIII

Introdução

Os vasos mesentéricos são importantes estruturas vasculares para circulação intestinal, sendo raras suas lesões no trauma penetrante. No entanto, tanto a lesão quanto o respectivo tratamento instituído possuem altos índices de morbimortalidade, configurando-se um desafio para o cirurgião.

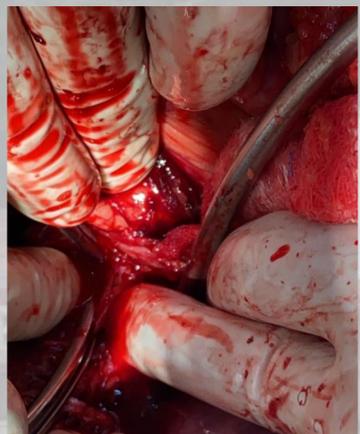


Figura 1. Exposição da lesão da a. mesentérica superior pelo ligamento de Treitz



Figura 2. Em detalhe: lesão tangencial da a. mesentérica superior

Relato de caso

Masculino, 42 anos, trazido pela Polícia Militar com relato de múltiplas PAB no hemiabdomen esquerdo, com evisceração de omento. Agitado, possuía sinais de embriaguez. Ao exame, apresentava vias aéreas pérvias, com taquidispneia (FR: 38irpm; SatO₂ 97% aa); pulsos radiais finos, com taquicardia (FC 126bpm; PA 138x60 mmHg); ECG 14, com pupilas isofotorreativas; uma perfuração no flanco E, com evisceração de omento, e três outras na transição tóraco-abdominal esquerda. Realizada radiografia de tórax, sem hemo/pneumotórax ou alargamento mediastinal, e FAST com moderada quantidade de líquido livre na cavidade abdominal.

Evoluiu com choque hemodinâmico e foi encaminhado ao bloco cirúrgico em critério de emergência. Realizada laparotomia exploradora, identificando-se volumoso hemoperitônio; lesões grau II no cólon transversal, no jejuno e no íleo; duas lesões no diafragma à esquerda; hematoma volumoso com sangramento ativo na raiz do mesocólon transversal, medial ao ângulo de Treitz. Realizada rafia em um plano das lesões de diafragma e do cólon e grampeamento das alças de delgado para interromper a contaminação. Realizado clampeamento da aorta no hiato diafragmático - para controle vascular proximal - e exploração do hematoma na raiz do mesocólon, próximo ao ângulo de Treitz, com identificação de lesão tangencial da artéria mesentérica superior - Fullen II. Realizada rafia da artéria com chuleio contínuo, com boa hemostasia ao fim do procedimento. Optado confeccionar laparostomia e enviar o paciente ao CTI após drenagem torácica à esquerda com saída de pequena quantidade de sangue. Durante o ato cirúrgico, o paciente manteve instabilidade hemodinâmica com melhora após receber hemotransfusão maciça.

No 1DPO, com aminas em queda, foi encaminhado ao bloco cirúrgico para revisão de laparostomia e reconstrução do trânsito intestinal. Ao inventário da cavidade, sem evidências de segmentos isquêmicos. Realizada segmentectomia ileal e anastomose latero-lateral com grampeador linear. Fechamento habitual da cavidade abdominal e rafia das lesões de diafragma, sem intercorrências ou piora hemodinâmica

Discussão

Apesar de raros, os traumas penetrantes da artéria e veia mesentérica superior constituem-se como um grande desafio para o cirurgião. O manejo das lesões proximais pode ser árduo devido a difícil exposição e ao controle hemostático laborioso. Sua apresentação habitualmente ocorre como sangramento ativo, isquemia intestinal segmentar ou fístula arterio-venosa. A abordagem dessas lesões pode ser realizada com rafia primária ou ligadura - o que implica em um risco aumentado de isquemia secundária - ou através de uma reconstrução ("by-pass"), principalmente se lesão abaixo da borda pancreática. Em pacientes estáveis, o reparo primário com fio monofilamentar não absorvível deve ser a primeira escolha, reservando-se o by-pass para lesões mais extensas e complexas. Se instabilidade hemodinâmica, idealmente lança-se mão de shunts temporários ou mesmo da ligadura da a. mesentérica superior - melhor tolerado na porção proximal devido a circulação colateral. No entanto, a possibilidade de isquemia após o tratamento dessas lesões é sempre muito grande. O tratamento endovascular pode ser uma alternativa em casos selecionados, onde há estabilidade hemodinâmica, realizando-se a arteriografia com posterior angioembolização - tratamento com desfecho favorável e poucas complicações em relatos de casos já publicados.

Bibliografia