

Laura Martins Rangel¹, Rúbia de Oliveira Freixo¹, Iza Paula Bovi Badaró Diogo¹, Rocha Souza², Pedro Henrique Alvarez Gentil³
 1- Acadêmicos (as) da Universidade Iguazu - Campus V. 2- Médico Residente de Cirurgia Geral. 3- Médico Cirurgião Geral.

Palavras-chave: Embolização esplênica; Tratamento não-operatório; Trauma de baço.

INTRODUÇÃO

O trauma contuso tem por sua principal consequência a compressão ou esmagamento de vísceras abdominais, sendo o baço o órgão comumente mais acometido (40 a 55%). Até meados da década de 80, era rotineiro a esplenectomia como tratamento das lesões esplênicas. Porém, após evidenciada a função protetora do baço contra infecções, destacou-se os benefícios de se preservar o órgão.

Atualmente, é preconizado o tratamento conservador não operatório (TNO) do trauma esplênico, até em casos de lesões graves, desde que o paciente esteja estável e sem sinais de peritonite que indiquem exploração da cavidade abdominal. Esse método é utilizado quando o centro de atendimento é preparado para efetuar o serviço e tenha recursos de monitoramento, de avaliações clínicas seriadas com acompanhamento do paciente e que possua sala de operação disponível se houver necessidade de laparotomia de urgência.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 38 anos, vítima de trauma contuso, devido pisoteamento por bovino, deu entrada no serviço de pronto atendimento com escoriações superficiais em tórax e dor abdominal de moderada intensidade. No momento da avaliação, o paciente permaneceu hemodinamicamente estável e sem sinais de peritonite ou choque.

Foi solicitado tomografia computadorizada (TC) contrastada de todos os seguimentos, evidenciando baço com traço de fratura e líquido adjacente caracterizando trauma esplênico grau IV. Paciente foi imediatamente encaminhado ao setor de Hemodinâmica, onde foi realizado cateterização da artéria esplênica e TNO com embolização esplênica com Coil por via femoral, sem intercorrências. Posteriormente, internado em unidade de terapia intensiva (UTI) para acompanhamento do quadro sendo solicitado hematócritos seriados, antibioticoterapia empírica profilática, soro antitetânico e vacinação contra pneumococo, meningococo e Haemophilus influenzae tipo B. Após 5 dias, paciente se encontrava em enfermaria estável e liberado para tratamento domiciliar.

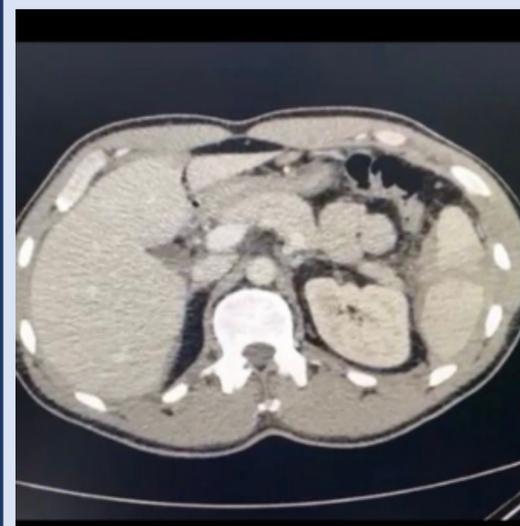


Imagem 1. Lesão esplênica grau IV em corte axial de TC.



Imagem 2. Embolização de artéria esplênica.

DISCUSSÃO

O TNO pode ser realizado de duas maneiras distintas: repouso e monitorização rigorosa (em geral, em casos de lesão grau I e II); e embolização esplênica endovascular associada a repouso e monitorização rigorosa (em casos de grau III a V). É definido que o exame de imagem para avaliar dano vascular intra-esplênico é a TC contrastada, porém estudos recentes não demonstram vantagens terapêuticas com TC de rotina. Ainda, no trauma esplênico, a vacina é exercida em torno de 2 semanas após esplenectomia, sendo ela contra pneumococo, Haemophilus influenzae tipo B, meningococo e a anual contra o vírus da gripe. Há, hoje, controvérsias se os pacientes pós-embolização devem ser vacinados, pois não se sabe a relação do procedimento com a diminuição da função imunológica.

Protocolos de TNO atuais consideram a embolização esplênica uma ferramenta eficiente para diminuir casos de falha do TNO. O procedimento pode ser proximal (no tronco da artéria esplênica) ou distal (também chamada de seletiva).