

O abdome é acometido tanto por lesões penetrantes quanto por traumas fechados. Devido sua proximidade a outras estruturas, lesões isoladas do pâncreas são pouco freqüentes, ocorrendo em apenas 2% dos traumatismos abdominais. O trauma pancreático é de difícil diagnóstico e freqüentemente negligenciado, principalmente quando associado a múltiplos traumatismos. Os sinais clínicos são geralmente sutis, sendo necessária forte suspeição e utilização de métodos de imagem para sua comprovação diagnóstica. Relatamos o caso do paciente A.M.C., 16 anos, masculino, admitido por trauma abdominal fechado. Atendido e dispensado com orientação apenas de uso de analgésicos. Após um dia, deu entrada novamente ao serviço de emergência com queixa de tonturas e intensa dor abdominal. Ao exame apresentava-se em bom estado geral, hidratado, eupneico, taquicárdico, descorado e com fáscias de dor. O abdome apresentava-se plano, tenso e com dor à descompressão brusca difusamente. Submetido a tomografia computadorizada do abdômen que revelou secção no corpo do pâncreas, classificada como grau III (AAST). Com o achado cirúrgico correspondendo ao achado tomográfico, a conduta foi a pancreatectomia corpo-caudal com preservação esplênica (Figura 1). O paciente teve boa evolução, recebendo alta no sétimo dia de pós-operatório. Até o sexagésimo dia de pós-operatório continua sem intercorrências. O trauma pancreático constitui um grande desafio ao cirurgião, não só em relação ao diagnóstico quanto também ao tratamento. Ao contrário da baixa incidência, a mortalidade na lesão deste órgão é elevada, principalmente nas lesões complexas ou quando há retardo no seu diagnóstico. Portanto, alto grau de suspeição e utilização de exames de imagem desempenham papel importante na confirmação diagnóstica. A tomografia computadorizada (TC), exame mais freqüentemente utilizado nestas condições, pode demonstrar a extensão da lesão do parênquima, a ruptura do ducto pancreático e a lesão de outros órgãos. Cerca de 75% das lesões pancreáticas são simples, constituindo-se apenas em hematoma, lesão da cápsula ou lesão do parênquima, sem acometimento do ducto pancreático principal. O tratamento não-operatório para as lesões graus I e II (AAST) tem sido consenso em publicações recentes. Contudo, quando o tratamento cirúrgico é indicado, mormente em pacientes com instabilidade hemodinâmica, sinais de peritonite e/ou lesões associadas, estas lesões são tratadas por sutura e drenagem da cavidade abdominal. Por outro lado, as lesões mais extensas requerem geralmente tratamento cirúrgico e ressecção pancreática. Nos graus IV e V (AAST) há pouca controvérsia sobre a indicação deste tratamento. Já a lesão grau III (AAST), como no caso relatado, é aquela que suscita mais discussão na literatura, tanto em pacientes pediátricos quanto em adultos. Alguns autores advogam o tratamento não operatório inicialmente e a adoção do tratamento cirúrgico apenas para aqueles com evolução desfavorável ou com complicações. Outros, justificam a conduta operatória de imediato, para evitar complicações, as quais aumentariam sobremaneira a morbi-mortalidade. No caso em questão, optamos pelo tratamento cirúrgico, com realização da pancreatectomia corpo-caudal com preservação esplênica. Devido à condição hemodinâmica do paciente, além de se tratar de um adolescente é que optamos pela preservação esplênica. Por fim, concluímos que a pancreatectomia é uma opção segura para lesões com comprometimento do ducto pancreático principal.

Figura 1. Pinça próxima à lesão.

