



INTRODUÇÃO

O diagnóstico e manejo de pacientes com trauma perfurante de reto e canal vaginal apresentam-se como desafios. São raros os traumas envolvendo órgãos genitais femininos em pacientes não grávidas, sendo a maioria contusos. Além disso, ainda há discussões em relação ao manejo do trauma retal considerando que muitas das condutas foram determinadas com base em estudos durante períodos de guerra.

REFERÊNCIAS

- 1- Yi F., Peace K.M., et al. Rectal Trauma: Evidence-Based Practices. Clin Colon Rectal Surg 2018; 31:17-23.
- 2- Ahern D.P., et al. The management of penetrating rectal and anal trauma: a systematic review. Injry 2017.
- 3- Mahan M.E., et al. Rectal Trauma. 2021 Jul 10. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. PMID: 31869100.
- 4- Rivas L., et al. Current Management of Gynecologic Trauma. J Gynecol Obstet Hum Reprod 2020; 49: 101731.
- 5- Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. ACOG practice bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists 2018; 132 (3): 87-102.

RELATO DO CASO

Paciente feminina de 29 anos chega ao serviço de emergência com um relato de múltiplos ferimentos por projéteis de arma de fogo em região lombar baixa à esquerda e em ambas as coxas. Durante a avaliação, encontrava-se estável do ponto de vista ventilatório e hemodinâmico. Relatava parestesia no membro inferior esquerdo e apresentava sangramento vaginal, assim como descontinuidade da parede anterior do reto próximo à margem anal ao toque. Uma tomografia computadorizada de pelve evidenciou hematoma e focos gasosos em fossa isquiorretal esquerda, focos gasosos entre planos adiposos e musculares na região glútea esquerda e coxa proximal direita, assim como mínima quantidade de líquido livre na pelve e redução da densidade da transição do corpo e colo uterino. Devido à suspeita de lesão perfurante do canal vaginal e reto baixo, a paciente foi levada ao bloco cirúrgico para exploração. Foi optado por realizar rafia em plano único por via baixa da lesão no canal vaginal e também do reto, devido a fácil abordagem de ambas lesões por via baixa com paciente em posição de litotomia. Após o procedimento cirúrgico, foi solicitada uma tomografia computadorizada de abdome com administração do contraste retal para visualização do trajeto das lesões, na qual não foi identificado extravasamento de contraste. A paciente teve alta hospitalar no quinto dia de pós-operatório em bom estado geral, sem intercorrências.

DISCUSSÃO

Para a identificação de uma lesão retal, deve-se manter um alto nível de suspeita considerando o mecanismo do trauma e a presença de ferimentos perfurantes no abdômen inferior, coxas, nádegas e períneo. A investigação pode ser feita por meio de toque retal, apesar de apresentar pouca sensibilidade e ter o potencial de agravar possíveis lesões. Para a avaliação adicional, opta-se por tomografia computadorizada em pacientes estáveis. A maioria das lesões em reto são penetrantes e, dessas, 93% apresentam uma localização extraperitoneal. Nesse tipo de lesão, o desvio ou não do trânsito intestinal permanece uma abordagem controversa. É indicada a realização de reparo primário em lesões que acometem menos de 25 % da circunferência do reto, não associadas a fraturas de pelve ou lesões vasculares ou acessíveis via transanal. A drenagem pré-sacral e a lavagem retal distal não são recomendadas de rotina. Pode ser indicada a realização de enema contrastado para confirmação da cicatrização das lesões. Quanto às lesões do canal vaginal, é recomendada a realização de sutura quando há distorção da anatomia ou sangramento.