

Júlia Fazoli de Carvalho¹; Natalia Viana¹; Julia Tinoco dos Santos Almeida¹; Hilton Carlos Chicon Costalonga¹;
Lucas Venturini Rezende Mendes Glória¹; Pedro Henrique Miranda Alvim¹; Rodolfo Chierici Moulin¹; Roberto
Carlos Araújo Júnior¹. ¹Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim – ES.

INTRODUÇÃO

As ocorrências registradas por acidentes laborais são verificadas em cerca de 2,3 milhões de trabalhadores por ano, e, diariamente, 860 mil pessoas sofrem algum tipo de ferimento. O trauma abdominal é uma das principais causas de morbimortalidade no mundo, sendo de importância uma abordagem com foco no diagnóstico e tratamento precoces. Trata-se de um trauma frequentemente encontrado nas salas de emergência, podendo ser oligossintomáticos e com sinais e sintomas abdominais mascarados por lesões associadas com dor referida e alteração do nível de consciência, tornando o diagnóstico difícil. A lesão de víscera oca é a mais comum no trauma abdominal penetrante, ocorrendo em ordem de frequência em intestino delgado, cólon, estômago e duodeno. Nesse relato, apresentamos um caso clínico de trauma abdominal penetrante com lesão de víscera oca após acidente laboral com fio diamantado.

RELATO DE CASO

AFS, masculino, 42 anos, procedente de Iconha/ES, dá entrada no serviço após acidente laboral com fio diamantado com lesão abdominal circular em região periumbilical à esquerda, compatível com trauma penetrante, associado a sinais de irritação peritoneal generalizada, hipotensão, palidez e sudorese fria. Encami-

nado imediatamente ao centro cirúrgico para realização de laparotomia exploradora. Achados intraoperatórios: hemoperitônio em grande quantidade; duas lesões grau IV em segmento de intestino delgado, particularmente íleo terminal, incluindo seus respectivos mesentérios; ausência de conteúdo entérico na cavidade. Realizado drenagem de hemoperitônio, enterectomia e entero-entero anastomose término-terminal com grameador linear e aproximação do meso, sem intercorrências. Paciente foi encaminhado à enfermaria com boa progressão de dieta no pós operatório, recebendo alta hospitalar após 04 dias de internação em bom estado geral, sem queixas.

DISCUSSÃO

Todo paciente politraumatizado deve ser avaliado e abordado inicialmente segundo o Advanced Trauma Life Support (ATLS). Na suspeita de lesão abdominal deve-se direcionar atenção à possibilitar o diagnóstico da forma mais rápida possível. O exame completo abdominal, bem como toque retal e vaginal, são necessários. A rigidez abdominal voluntária pode atrapalhar o exame abdominal e a caracterização da irritação peritoneal, porém, a dor à descompressão brusca e rigidez abdominal involuntária são sinais confiáveis. A abordagem de pacientes com instabilidade hemodinâmica e sinais explícitos de trauma abdominal (evisceração com exposição de alças intestinais ou epíplon e a peritonite generalizada) deve ser exploração cirúrgica imediata. As lesões de vísceras ocas são

normalmente diagnosticadas no intra-operatório, como no caso descrito. O tratamento definitivo das lesões de intestino delgado variam de acordo com o grau da lesão. Nas lesões grau I realiza-se hemostasia e sutura seromuscular; nas grau II, debridamento e fechamento primário em 1 ou 2 planos; e nas grau III (grande) ou grau III a V, ressecção segmentar e anastomose primária.

PALAVRAS CHAVE: Acidente laboral; Traumatismos abdominais; Lesão de víscera oca.



Segmento de intestino delgado ressecado evidenciando duas lesões grau IV.