

POLITRAUMA ABDOMINAL APÓS QUEDA DE MOTOCICLETA COM BATIDA EM GUIDÃO

Martina Lopez Torres¹; Ana Paula Reginatto Tubiana¹; Gabriela de Azevedo Bastian de Souza¹; Sofia Augustin Rota¹; Carolina Siciliani Aranchipe¹; Yuri Thomé Machado Petrillo²; Vitor Augusto Doncatto² e Omero Costa Filho³.

¹Acadêmicos da escola de Medicina, PUCRS; ²Médico residente em cirurgia geral - HPS Porto Alegre; ³Preceptor do programa de residência médica em cirurgia geral - HPS Porto Alegre.

INTRODUÇÃO

O trauma após queda de motocicleta com batida em guidão pode gerar lesões multiviscerais potencialmente danosas. O trauma resultando desse mecanismo é geralmente o trauma abdominal contuso, tipo de lesão abdominal mais atendida em emergências.

RELATO DE CASO

Paciente feminina, 34 anos, trazida pela SAMU, após atendimento inicial no Hospital da Restinga, por trauma abdominal contuso devido queda de motocicleta com batida em guidão. Na chegada ao serviço, paciente estável ventilatório e hemodinamicamente, com dor abdominal e leve dispneia. Sinais vitais: Frequência respiratória 23 incursões respiratórias por minuto, saturação em ar ambiente 99%, pressão arterial de 100/60 mmHg, frequência cardíaca 100 batimentos cardíacos por minuto, Escala de Coma Glasgow 15. Foi realizado E-FAST, no qual apresentou líquido livre em cavidade abdominal, visualizado em janelas hepatorenal e esplenorenal. Foi solicitado tomografia de tórax e abdome com contraste, que evidenciou áreas hipodensas em baço, sem sinais de envolvimento hilar, e na face anterior da cauda pancreática, sem envolvimento ductal; sinais de interrupção pelo menos parcial do fluxo da artéria renal esquerda, com ausência de impregnação parenquimatosa desse rim. Então, foi indicado uma laparotomia exploratória para abordagem das lesões. Na cirurgia, foi identificado uma lesão renal esquerda de grau 5, com realização de nefrectomia total esquerda; uma lesão pancreática grau 4, com realização de pancreatectomia caudal próximo ao hilo esplênico, e uma lesão esplênica grau 4, com realização de esplenectomia. No

mesmo procedimento, foi posto um dreno túbulo-laminar em flanco esquerdo para monitorar fístula pancreática. No pós-operatório, paciente evoluiu com fístula pancreática, sendo manejada com octreotida de forma conservadora. Recebeu alta hospitalar no 11º dia pós-operatório.

DISCUSSÃO

Lesões de alto grau são incomuns no trauma abdominal. Porém é fundamental saber diagnosticar precocemente para que haja um tratamento correto e definitivo, embora não exista com consenso absoluto sobre o tratamento de lesões abdominais de alto grau. Em lesões renais contusas de alto grau, o manejo não operatório ainda é controverso, sendo escolhido, muitas vezes, o tratamento cirúrgico. Também há controvérsias sobre o tratamento do trauma pancreático de alto grau, sendo necessário avaliar a integridade do ducto pancreático e a localização da lesão, além de ser necessário drenagem para controle de possível fístula pancreática. Já em relação ao tratamento cirúrgico de lesões esplênicas de alto grau, é preciso considerar a natureza da lesão, o estado hemodinâmico do paciente e se há lesões associadas. Por fim, é fundamental que o paciente seja visto como um todo e não apenas como suas lesões isoladas, para que haja o seu manejo da forma mais adequada.

Palavras-chave: Trauma abdominal contuso, trauma de guidão, lesão renal, lesão esplênica, lesão pancreática.

Referências: 1. AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS - COMMITTEE ON TRAUMA. Suporte Avançado de Vida no Trauma - ATLS. 10 ed ed. Chicago, EUA ; 2. Irarrázaval Mainguyague MJ, Sáez Binelli J, Kychenthal Loyola C, Loyola Zunino MS, Vuletin Solís F, Pattillo Silva JC. Blunt abdominal trauma due to handlebar injury. Rev Chil Pediatr. 2020; 3. Chiron P, Hornez E, Boddaert G, Dusaud M, Bayoud Y, Molimard B, Desfemmes FR, Durand X. Grade IV renal trauma management. A revision of the AAST renal injury grading scale is mandatory. Eur J Trauma Emerg Surg. 2016

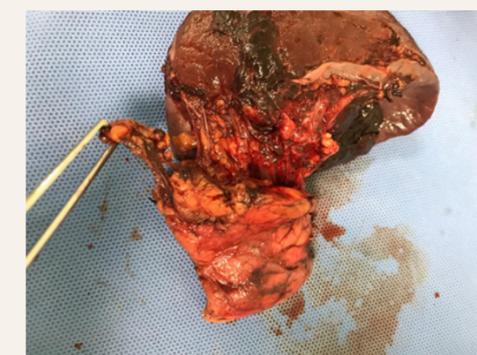


Figura 1: Pancreatectomia parcial com esplenectomia.



Figura 2: Pancreatectomia parcial com esplenectomia.



Figura 4: Nefrectomia total esquerda, com lesão de artéria renal esquerda.



Figura 5: Tomografia Computadorizada indicando lesão esplênica grau 4.

Figura 3: Tomografia Computadorizada indicando lesão renal esquerda grau 5.