

# TÍTULO: Politrauma Decorrente de Tentativa de Autoexterminio: Um Relato de Caso

**AUTORES:** Dias LIR<sup>1</sup>, Silva ILODBP<sup>1</sup>, Storch TS<sup>2</sup>, Ferraz N<sup>2</sup>, Tayama IM<sup>2</sup>, Ketzner BM<sup>3</sup>

Acadêmicas de medicina da Universidade Santo Amaro<sup>1</sup>

Residentes de Cirurgia Geral do Hospital Geral do Grajaú<sup>2</sup>

Cirurgião do Trauma do serviço do Hospital Geral do Grajaú e professor da Clínica Cirúrgica na Universidade Santo Amaro<sup>3</sup>

## INTRODUÇÃO

O politrauma é definido como trauma em, pelo menos, duas regiões do corpo humano, podendo atingir diversos órgãos, em decorrência de alterações bruscas no correto funcionamento de suas atividades por um agente físico, de etiologia, natureza e extensão variadas, podendo acometer qualquer segmento do corpo, como por exemplo, um trauma em tórax e um trauma em abdome, um TCE e um trauma torácico. Uma das etiologias do politrauma, é a queda em altura, que apesar de não ser a principal causa de trauma fechado, o qual ocorre usualmente em associação com lesão multissistêmica, vem chamando a atenção de diversos estudos tanto pela sua frequência, tanto pela sua gravidade. Este mecanismo pode ser causa de uma ampla variedade de lesões associadas ao impacto direto na superfície e à desaceleração. Está entre os fatores mais importantes para o prognóstico, a altura da queda. São mais comuns entre a faixa etária de 15 a 29 anos, guardando íntima relação com tentativas de suicídio, tendo como segmentos mais lesados as extremidades e pelve ossea, lesões em cabeça, tórax e abdome. Cerca de 800 mil pessoas, no mundo, tiram a própria vida por ano, sendo responsável por 1,4% de todas as mortes no mundo, tornando-se a 18ª causa de morte em 2016. No Brasil, mortalidade por suicídio é de seis pessoas para cada 100 mil habitantes em 2016, 11 mil pessoas tiram a própria vida, por ano, em média, sendo, em homens, a terceira maior causa de morte entre as faixas etárias descritas e, em mulheres, a oitava maior causa de morte, na mesma faixa etária. O tratamento do paciente politraumatizado varia dependendo dos sinais vitais, da causa do trauma, das condições hemodinâmicas, da anamnese e exame físico, mas a sobrevivência depende diretamente do tempo e da qualidade de atendimento.

## RELATO DE CASO

M.L.A, sexo masculino, 16 anos, vítima de politrauma, chega ao serviço trazido por amigos, após tentativa de autoexterminio. Paciente jogou-se de laje de aproximadamente 6 metros, após discussão com os mesmos. Apresenta-se estável hemodinamicamente, com o abdome doloroso à palpação difusamente com defesa, sínfise púbica com 1 cm de distância e FAST positivo com espaço hepatorenal. Apresenta ferimento corto contuso em região frontal e ferimento penetrante em região perineal (raiz de coxa esquerda em região interglútea, edema importante de região caudal do sacro. Toque retal sem sangue em dedo de luva. Sem sinais de espículas ósseas). Após internação hospitalar, foi realizado TC de corpo inteiro, Rx de pelve e MMII: com tomografia de tórax evidenciando hemopneumotórax à direita, tomografia de abdome

apresentando hemopneumoperitônio e fratura de pelve e MIE. Em laparotomia exploradora de emergência, foi encontrado perfuração da parede gástrica anterior e posterior, em parede de cólon transversal, duas perfurações a 180 cm do ângulo de treiz de delgado, sangramento ativo, com hematoma em expansão em hilo esplênico e laceração de parede de bexiga. Durante o procedimento cirúrgico foi realizado sutura de parede anterior e posterior gástrica, anterior do cólon, esplenectomia, enterectomia, enteroenteroanastomose mecânica laterolateral, e confecção de cistostomia em decorrência de hematúria e lesão de corpo cavernoso. A cirurgia ocorreu sem intercorrências. Paciente foi encaminhado para UTI e no 6º dia PO apresentou febre (38.1º), deiscência de pontos em FO com fistula vesical esterelizada em raiz de coxa esquerda, associada a saída de secreção sero-hemática mas sem sinais flogísticos, apresentou-se anúrico nas 12h diurnas. Paciente apresentou Débito urinário de 1120ml (nas 24h do 5º para o 6º dia de internação); Glasgow de 14; BT de 1,34. No nono dia de internação o curativo da laparotomia exploratória apresentou-se úmida de urina e presença de secreção purulenta saindo da cistostomia, paciente icterício. Foi realizado TC de tórax com ênfase subcutâneo e entre os músculos das paredes anteriores laterais do hemitórax direito, pequeno pneumotórax à direita e sinais de contusões com lacerações pulmonares. Tc de abdome evidenciou sinais sugestivos de rotura de bexiga, com hematoma, moderada quantidade de líquido livre na cavidade pélvica, enfisma subcutâneo na parede anterior da fossa ilíaca esquerda; e presença de coleções hipotenuantes adjacentes à fratura do cóccix. Paciente é levado para reabordagem cirúrgica de laparotomia exploradora para rafia de lesão traumática de bexiga, sem intercorrências e encaminhado para UTI. Paciente encontra-se no 18º dia de internação, ainda sem previsão de alta hospitalar.

## DISCUSSÃO

Por ser vítima de politrauma, o primeiro ato a ser feito é a abordagem pelo método ABCDE devido ao fato de listar uma ordem de prioridades ao paciente atendido, segundo a capacidade que as lesões têm de levar a vítima ao óbito e a velocidade que atingem isto, além de determinar a ordem das intervenções. Diante a descrição do caso nota-se que o paciente, inicialmente, encontra-se estável hemodinamicamente, o que, por sua vez, permite um início do tratamento não cirúrgico, porém como apresentou pneumotórax, pneumoperitônio e FAST positivo com espaço hepatorenal, foi necessário uma laparotomia exploradora de emergência para investigação. Com isso, descobriu-se que o paciente apresentava intestino perfurado, estômago perfurado e bexiga estirada.

## REFERÊNCIAS