



SBAIT
SOCIEDADE BRASILEIRA
DE ATENDIMENTO INTEGRADO
AO TRAUMATIZADO

TRAUMA ESPLÊNICO GRAU III COM FALHA DE TRATAMENTO CONSERVADOR: RELATO DE CASO.

FILHO, E.P.M.¹; GADÉA, E.M.¹; MENDES, L.M.S.¹; SERRA, G.T.¹; VIEIRA, L.M.D.A.²; SILVA, M.D.L.¹; FERREIRA, C.A.³; CAJAZEIRA, R.S.³

1. UNIVERSIDADE SALVADOR; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA; 3.. HOSPITAL MUNICIPAL DE SALVADOR.

INTRODUÇÃO

O trauma esplênico consiste em um impacto significativo capaz de lesionar o baço e pode ocorrer por acidente de trânsito, lesão por arma de fogo, entre outros. Por ser um órgão altamente vascularizado, tem como principal consequência imediata a hemorragia na cavidade peritoneal, podendo ser potencialmente fatal a depender do nível da lesão¹. O trauma é classificado de acordo com o grau do ferimento, através das lesões anatómicas identificadas durante a realização de exames complementares, como a Tomografia Computadorizada (TC) em pacientes estáveis, ultrassonografia ou laparotomia exploratória em pacientes instáveis, seguindo o critério da American Association for the Surgery of Trauma - AAS, tendo como objetivo principal a identificação da lesão e o controle do foco hemorrágico. O impacto causado pelo acidente automobilístico que o paciente refere é capaz de levar ao esmagamento ou compressão do baço, podendo ocasionar o rompimento e hemorragia do mesmo. O tratamento varia em observação, embolização, angiografia e cirurgia, sendo a escolha dependente do estado hemodinâmico do paciente.² Com base no exposto, este trabalho tem o intuito de relatar um caso de trauma esplênico grau III com falha no tratamento conservador, visto que o baço é um dos órgãos mais frequentemente afetados no trauma abdominal contuso, levando a um alto índice de morbimortalidade, que pode cursar com repercussões nos demais sistemas, como fraturas de costelas inferiores, fraturas pélvicas e lesão medular². For a isso, vale ressaltar a importância do atendimento inicial nesses casos, pois uma avaliação rigorosa do politraumatizado ajuda na avaliação diagnóstica e na conduta a ser seguida.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 47 anos, politraumatizado vítima de queda de motocicleta há 1 dia, com uso de capacete, referindo vômitos, dor em região costal e escapular esquerda à mobilização, associada a dispneia leve 2 horas após o trauma. Na avaliação primária apresentou choque hipovolêmico estabilizado. No exame de TC com contraste de tórax, foi evidenciado grande acometimento hemicorporal esquerdo como trauma abdominal contuso com laceração esplênica grau III, derrame pleural esquerdo, contusão pulmonar bilateral moderada, fratura escapular e trauma de arcos costais esquerdos, justificando seu quadro álgico e dispneico e assim sendo submetido a fisioterapia respiratória e suporte de oxigênio, e apresentou no hemograma a hemoglobina de 9,04.

Também foi evidenciado luxação no ombro esquerdo, sangramento esplênico ativo e aumento da laceração corroborando para que o baço adquirisse heterogenia ao exame e assim levando o paciente a ser conduzido para drenagem torácica e posterior laparotomia exploradora com esplenectomia adjuvante.

Em lapatomia exploradora, evidenciado lesão esplênica grau III com laceração maior que 3 cm em parenquima com sangramento ativo, sendo assim realizado esplenectomia e portanto obtenção de desfecho favorável em enfermagem e posterior alta médica.

DISCUSSÃO

O baço é a viscera mais frequentemente comprometida na contusão abdominal e, por ser intensamente vascularizada, pode manter o paciente instável hemodinamicamente. A esplenectomia é indicada em casos de ruptura esplênica pós traumática como trazida no caso em questão. O paciente trazido no caso foi vítima de um trauma abdominal fechado, optou-se inicialmente por um tratamento conservador, mas em razão da lesão de grau III e sangramento esplênico ativo com aumento da laceração evidenciada através de TC, o paciente foi submetido a uma laparotomia exploradora com esplenectomia adjuvante, trazendo a cura, conforto e estabilidade hemodinâmica para o mesmo, levando a uma boa evolução clínica.⁴ Após a identificação dos ligamentos gastroesplênico e esplenofrênico faz-se a dissecação destes, com cautela para não lesionar o pâncreas. Posteriormente à dissecação do tecido frouxo peripancreático é feita a ligadura da artéria esplênica, distal a ramificação da artéria gastromental esquerda, utilizando-se fio de algodão, atuando como coadjuvante do tratamento do trauma esplênico, no combate à hipertensão porta e no aneurisma da artéria esplênica. Faz-se a ligadura da veia esplênica, próximo ao hilo, e das artérias gástricas curtas, no fundo gástrico. O baço é retirado da cavidade e uma inspeção minuciosa da hemostasia local deve ser realizada, seguido da retirada de coágulos e preparação para a rafia. Começa-se pela sutura do peritônio parietal seguido da aponeurose. Após o fechamento das incisões intra-abdominais, a pele deve ser fechada finalizando o procedimento e assim trazendo curabilidade e estabilidade hemodinâmica para o paciente⁵. Sendo assim, o paciente do caso em questão evoluiu bem e teve uma boa evolução clínica.

REFERÊNCIAS

1. OLIVEIRA, Juliana; FERREIRA, Marcel; SANT'ANA, Patrícia; RIBEIRO, Raquel; SÁ, Rodrigo; TABOADA, Rodrigo; FREITAS, Stephanie; SILVA, Tatiane; ABRANTES, Wilson. Tratamento conservador do trauma esplênico contuso: relato de caso e revisão da literatura. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/exportar-pdf/1078/v20n2s1a38.pdf>>. Acesso em: 28 de set. de 2021.
2. Taise, GONÇALVES. Trauma Esplênico. Sanarmed, 2020. Disponível em: <<https://www.sanarmed.com/trauma-esplênico-colunistas>>. Acesso em: 28 de set. de 2021.
3. Colégio Americano de Cirurgiões. Comitê do Trauma. 9a ed. Chicago: ATL; 2012.
4. SCHWAMBACH, Christian B. et al. Abordagem ao trauma abdominal fechado
5. INGRACIO, A. R. Técnica Cirúrgica. Caxias do Sul-RS, Educ, 2017. Disponível em: https://www.ucs.br/site/midia/arquivos/ebook-tecnica-cirurgica_2.pdf Acesso em 22/06/2018.

