

ABORDAGEM NO TRAUMA ABDOMINAL FECHADO: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

Eduardo Carneiro de Oliveira¹; Lucas Gregório Torres¹; Paloma Raissa da Silva Madeira¹;

¹ Discentes na Afa Faculdade de Ciências Médicas de Santa Inês

Paloma_hec-madeira@outlook.com

RESUMO

O trauma abdominal fechado, consiste em sofrimento provocada por uma ação súbita e violenta, exercida contra o abdome por diversos agentes causadores como: danos mecânicos, elétricos, químicos e até mesmo provocado por irradiação. O primórdio na avaliação do TAF é identificar fatores que levaram a lesão, investigando a semiologia, estado hemodinâmico e estabelecer o tratamento clássico organizado pelo Advanced Trauma Life Support. Secundariamente inclui a história clínica, exame físico e exames auxiliares de diagnóstico. O “Damage control sugery” inclui 3 etapas essenciais: Laparotomia, reanimação secundária e cirurgia definitiva que visa aumentar a taxa de sobrevivência da vítima. A escassez destes elementos na avaliação torna o diagnóstico e tratamento difícil, pois a gravidade do caso é determinada pela lesão de estruturas vitais do abdome associadas com outras injúria.

PALAVRAS-CHAVE: Lesão abdominal; trauma fechado; diagnóstico precoce;

ÁREA TEMÁTICA: Emergências relacionadas ao trauma

INTRODUÇÃO

Os traumas abdominais fechados (TAF) são frequentes nas unidades de emergência em relação as lesões abdominais, liderando índice de morbidade, mortalidade e incapacidade. O objetivo deste estudo é fazer uma abordagem sobre o TAF especificamente sobre a importância do diagnóstico precoce a fim de se obter um bom prognóstico. O trauma é a principal causa de morte nos indivíduos com idade inferior a 45 anos e as condutas dependem dos perfis clínicos analisados. A maioria dos mecanismos traumáticos estão relacionados com acidentes automobilísticos (representando 75%), golpeamento abdominal e quedas. As principais agressões orgânicas são esplênicas (40-55%) e hepáticas (35-45%) sendo essas lesões de órgãos sólidos, podendo acometer ainda, mesmo em menor quantidade, órgãos ocos como intestino delgado e colón (5-10%). A fisiopatologia do trauma fechado é causada por energia cinética significativa, por impacto direto ou por desaceleração ou projeção. A lesão direta provoca o impacto contra o cinto de segurança durante acidentes de viação por exemplo, enquanto o Indireto resulta de lesões por mecanismos de aceleração/desaceleração. A averiguação do trauma leva em questão abordagens de avaliação primária e secundaria na tentativa de estabelecer prioridades no atendimento da vítima. Elucidar a cinemática envolvida do caso é de extrema

importância já que, boa parte dos quadros de lesões em região abdominal são oligossintomáticos em primeiro momento ou obscurecidos por sintomas de dor referida e até mesmo nível de consciência da vítima.

METODOLOGIA

Essa revisão de literatura foi realizada com o objetivo de resumir as informações disponíveis em artigos quanto à temática da abordagem no trauma abdominal fechado. Para que eles fossem escolhidos, foi realizada uma busca nas bases de dados da Scielo, Pubmed e Lilacs. A pesquisa foi feita com artigos nos idiomas inglês, espanhol e português, artigos publicados entre janeiro de 2017 e dezembro de 2021. Desse modo, foram usados os seguintes descritores lesão abdominal, trauma fechado e diagnóstico precoce.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Traumatismo Abdominal fechado (TAF) é uma das causas de morte mais comuns em pacientes traumatizados que poderia ser evitada. Considerada como grave, existindo a possibilidade de lesão visceral acarretando para peritonites e hemorragias o TAF é causado por impacto direto, desaceleração ou projeção. A avaliação primária e secundária bem manejada leva a um bom prognóstico gerando o descarte de risco de morte. O diagnóstico precoce evita o agravamento do quadro no quesito a lesões abdominais. Considera-se 03 fases na avaliação das mortes: imediatas, precoces e tardias. A morte imediata o tempo é em segundos-minutos (lesões não compatíveis com a vida), precoce em minutos-horas (rotura do baço), e morte tardia que surge em dias-semanas depois do acidente.

Em primeira instância em relação ao atendimento, tendo em conta o tratamento clássico organizado pelo Advanced Trauma Life Support (ATLS®), um método seguro e fiável, que permita uma avaliação e uma abordagem adequada de um doente traumatizado, tem por base a “mnemónica” ABCDE (Via aérea com imobilização da coluna (Airway); Ventilação/Respiração (Brething); Circulação (Circulation); Avaliação neurológica (Disability); Exposição do doente e prevenção da hipotermia (Exposure/Environment). É fundamental saber reconhecer os sinais clínicos como comprometimento da via aérea, insuficiência respiratória, e iniciar manobras avançadas para uma ventilação mecânica se necessário. Na avaliação da circulação realizar o controle da hemorragia, repor oxigênio quando necessário, no controle da acidose tecidual, bem como na manutenção da temperatura corporal.

Quando há instabilidade hemodinâmica, sinais de peritonite, lesões penetrantes ou distensão abdominal, o diagnóstico pode ser feito mais rapidamente, porém algumas vezes são necessários exames complementares. Concomitantemente, uma vez descartadas alguma alteração primária, realizar a avaliação secundária: inspeção, ausculta, palpação e percussão para descartar suspeita de peritonite que logo na palpação do abdome apresenta dor à descompressão e presença de defesa voluntária ou involuntária. Ausência ou

diminuição dos ruídos hidroaéreos relaciona-se a quadros no íleo por presença de sangue ou conteúdo do trato gastrointestinal.

As lesões esplênicas são classificadas em graus pela American Association for the Surgery of Trauma (AAST). Lesões de grau I e II possuem um risco de ressangramento inferior a 20%, já lesões do grau III ao V apresentam um risco superior a 20%, aumenta de acordo com os demais problemas relacionados. Embora a tomografia computadorizada seja o padrão ouro para a obtenção de informações acerca dos órgãos acometidos, os métodos complementares como o FAST (Focused Assessment With Sonography In trauma) pode ser usado devido à sua alta sensibilidade em detectar hemoperitônio em pacientes instáveis, onde também consegue avaliar as quatro regiões importantes no trauma abdominal (saco pericárdico, pelve, espaços hepato e esplenorrenal).

O lavado peritoneal diagnóstico (LPD) é útil quando o ultra-som e a tomografia não estão disponíveis. Já quando o paciente se encontra estável, o método de escolha, em pacientes com trauma abdominal contuso, a tomografia computadorizada (TC) com triplo contraste. O LPD é utilizado como diagnóstico tendo a classificação de lesões da American Association for the Surgery of Trauma – Organ Injury Scale - AAST-OIS para traumas esplênicos e hepáticos.

A abordagem das vítimas de trauma contuso com acometimento do baço será guiada pelo grau do paciente, pela estabilidade ou instabilidade do quadro e pela associação de outros acometimentos. Nas lesões específicas a TC de abdome com contraste é bastante útil na detecção das lesões esplênicas, auxiliando, inclusive, no estadiamento das mesmas. Nas lesões hepáticas fechadas decorrem de diferentes mecanismos de trauma a TC abdominal possui sensibilidade de 92-97% e especificidade de 98,7%. Os óbitos por trauma hepático estão ligados, na maioria das vezes pela coagulopatia, hipotermia e acidose.

CONCLUSÃO

O trauma abdominal fechado é uma condição importante, em termos de prevalência e de taxas de morbimortalidade. Entre as principais lesões, destacamos o trauma esplênico e hepático, além de rins, baço, pâncreas. É necessário que tais lesões sejam suspeitadas e procuradas a partir de exame físico e de imagem. O diagnóstico precoce é essencial, a fim de que se minimize a ocorrência dos quadros graves e das suas possíveis complicações.

REFERÊNCIAS

ATLS - Advanced Trauma Life Support for Doctors. American College of Surgeons. 10a. Ed 2018 BROSKA, C.A. et al. **Perfil dos pacientes vítimas de trauma torácico submetidos à drenagem de tórax**. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 44, p. 27-32, 2017.

CARDOSO, D.L. et al. **Autoimplante esplênico deve ser considerado para pacientes submetidos à esplenectomia total por trauma**. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 45, 2018.

DA SILVA ROCHA, G.; DE MELLO JORGE, M.H.P.; WHITAKER, I.Y. **Fatores associados a gravidade do trauma de vítimas de acidentes de trânsito de uma capital da Amazônia Legal**. Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 7, p. 51340- 51352, 2020.

DE LIMA, L.H. **TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMA ESPLÊNICO GRAU III**. Revista UNINGÁ ISSN, v. 2318, p. 0579, 2021.

DIERCKS, D. B; CLARKE, S. O. **Avaliação inicial e manejo do trauma abdominal fechado em adultos**. UPTODATE, 2022.

FONSECA, E.K.U.N. et al. **Lesão isolada da artéria cólica média após trauma abdominal fechado**. Einstein (São Paulo), v. 16, 2018.

GUYTON, A.C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 13º ed. ed. Rio De Janeiro: Editora Elsevier Ltda, 2017.

JÚNIOR, J.DM. et al. **Manejo não operatório do trauma esplênico fechado: evolução, resultados e controvérsias**. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, [s. l.], 2021.

LI, Y. et al. **Associação Chinesa de Cirurgiões de Trauma para diretrizes de gerenciamento de aplicação de drenagem de vedação a vácuo em cirurgias abdominais - Atualização e revisão sistemática**. Revista Chinesa de Traumatologia , v. 22, n. 01, pág. 1-11, 2019.

SANTOS, H.A. et al. **Laceração hepática grau II: intervenção cirúrgica após instabilidade hemodinâmica-relato de caso**. Revista Eletrônica Acervo Científico, v. 15, p. e5657-e5657, 2020.