



LESÃO ESPLÊNICA NO TRAUMA ABDOMINAL FECHADO: ATENDIMENTO REALIZADO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ

Rodrigo Valle¹; Ivan Murad²; Thomas Vallezi Bataglia³; Eduardo Quirino dos Santos³

RESUMO: O baço é o órgão mais comumente lesado durante o trauma contuso de abdômen. Esta lesão deve ser suspeitada em todo paciente com trauma abdominal fechado, principalmente se a dor for referida em quadrante superior esquerdo, ou quando associado à fratura de arcos costais inferiores esquerdos. Com o objetivo de situar o Hospital Universitário de Maringá em relação aos outros serviços e devido à pequena quantidade estatísticas nacionais, foi realizada uma revisão dos casos de lesão esplênica por trauma abdominal contuso ocorridos entre 2001 e 2008, por revisão de prontuários. Encontrados 51 casos, sendo 44 homens e 7 mulheres. A maioria com idade entre 10-30 anos. Entre as causas das lesões, a queda de nível foi a mais comum (37,25%), seguidos por acidentes automobilísticos (21,56%) e ciclísticos (15,68%). Para uma análise comparativa entre as condutas terapêuticas, os pacientes foram separados em relação ao tipo de abordagem: clínica ou cirúrgica. Foram submetidos à esplenectomia 41 pacientes, dos quais 39 tiveram boa evolução e 2 foram à óbito; 2 foram submetidos à esplenorrafia e 8 foram tratados clinicamente, dos quais 1 complicou, sendo necessário esplenectomia posteriormente.

PALAVRAS-CHAVE: Baço; Ruptura Esplênica; Trauma de Baço.

INTRODUÇÃO

O baço é o órgão intra-abdominal mais comumente lesado. A crescente incidência de traumas abdominais e a frequência na qual este órgão é atingido, confere ao trauma esplênico destaque especial nos serviços de emergência, devido ao alto índice de morbimortalidade. A lesão deste órgão deve ser suspeitada em todo paciente com dor abdominal após trauma contuso, especialmente se houver dor referida em quadrante superior esquerdo, ou quando associado a fraturas de arcos costais inferiores ipsilaterais. Os avanços nos métodos propedêuticos, como lavagem peritoneal diagnóstica, ultrasonografia, tomografia computadorizada, angiografia, cintilografia e laparoscopia, permitem o diagnóstico precoce e melhor planejamento terapêutico destas lesões.

A classificação das lesões esplênicas varia de grau I, apenas uma laceração superficial, até grau V, avulsão total do baço. Este sistema é útil para avaliarmos a gravidade da lesão, ajudando a decidir quais pacientes são candidatos ao tratamento clínico ou cirúrgico. Historicamente, a esplenectomia era considerada a única forma de controle para as lesões esplênicas, mas atualmente os métodos de controle não-cirúrgico (clínico) e a esplenorrafia têm sido opções utilizadas com altas taxas de sucesso em pacientes selecionados.

¹ Médico Colaborador, Graduado Pela Universidade Estadual de Maringá. Maringá-Pr rolidova@bol.com.br

² Médico Docente do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Maringá. Maringá-pr muradivan@yahoo.com.br

³ Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Maringá. Maringá-Pr thomasbataglia@gmail.com; duquirino@hotmail.com

Uma revisão multicêntrica de 832 pacientes com trauma abdominal contuso e lesão esplênica, reportou que 112 foram controlados de forma não-cirúrgica, quando estavam hemodinamicamente estáveis, sem lesões graves associadas em outros órgãos abdominais e quando nenhuma lesão extra-abdominal impedia a avaliação seriada do abdômen. Deste grupo seletivo, dois terços eram adultos. O manejo não-cirúrgico foi bem sucedido em 98% das crianças e 83% dos adultos. Os autores sugeriram, portanto, que os pacientes com lesão esplênica isolada de grau I, II ou III que satisfaziam os critérios acima, são candidatos ao tratamento não-cirúrgico. No entanto, casos de lesão vascular hilar, hematoma subcapsular maciço, fragmentação extensa, avulsão total do órgão, lesões associadas graves que requerem atenção imediata e sangramento continuado após tentativa de reparação esplênica, são indicações primárias para esplenectomia.

O baço, como órgão do sistema mononuclear fagocitário, tem importante papel na defesa do organismo, devido a seus mecanismos de filtração e fagocitose, além da produção de fatores do complemento e imunoglobulinas, em especial a IgM. Os pacientes asplênicos apresentam redução significativa na resposta imunológica primária às bactérias encapsuladas, como *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Neisseria meningitidis*, o que aumenta o risco de sepse e falência da antibioticoterapia, com evolução rápida para óbito.

Outro fator a ser considerado na conduta não-operatória é a necessidade de transfusão de sangue. O tratamento conservador, inicialmente, não aumenta a necessidade de transfusão, embora o aumento no risco de infecções e sepse sejam comprovados.

Devido à importância desta lesão, realizou-se um levantamento dos casos de trauma abdominal contuso com lesão de baço, ocorridos entre 2001 e 2008, no Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital Universitário de Maringá, através do Serviço de Pesquisa de Prontuários (SPP), com análise detalhada de cada caso, com o objetivo de efetuar um estudo comparativo entre as condutas clínica ou cirúrgica, bem como situar o Hospital Universitário de Maringá em relação à conduta terapêutica preconizada.

MATERIAIS E MÉTODOS

Por meio do Serviço de Pesquisa de Prontuários, levantou-se um total de 51 casos de trauma abdominal com rotura esplênica, ocorridos entre 2001 e 2008, no Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital Universitário de Maringá. Os dados coletados foram: mecanismo do trauma, lesões associadas, sexo, idade, tratamento instituído e possíveis complicações. Como métodos diagnósticos e seguimento, foram utilizados: exame físico, sinais vitais, alteração do nível de consciência, hematócrito e hemoglobina, ultra-sonografia abdominal e/ou tomografia computadorizada. Para análise comparativa, os pacientes foram divididos em dois grupos com base no tratamento adotado: clínico ou cirúrgico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi obtido um total de 51 pacientes, dos quais 7 do sexo feminino e 44 do sexo masculino. A maioria (60,8%) tinha entre 10-30 anos de idade. Entre as causas da lesão, tivemos como principais resultados: queda de nível como principal causa (35,25%), acidente automobilístico em segundo lugar (21,56%), seguido de acidente ciclístico (15,68%). Outras causas seguiram com 32,51% dos casos, o qual se inclui: agressão física, ferimento por arma branca, ferimento por arma de fogo, etc. (Figura 1)

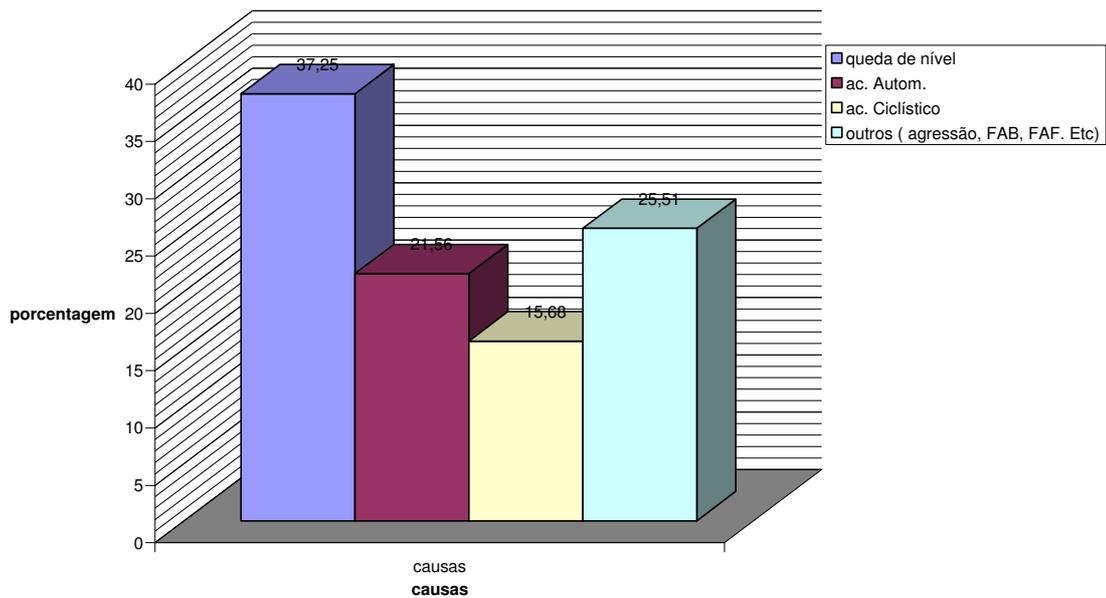


Figura 1. Principais causas de lesão esplênica em atendimentos realizados no HUM entre 2001 e 2008

Laceração hepática, fratura de arcos costais, hemotórax, hemoperitônio, perfuração intestinal, perfuração gástrica e trauma crânio-encefálico foram algumas das lesões associadas. Do total, 41 pacientes (80,3%) foram submetidos à esplenectomia, dos quais 39 tiveram boa evolução e 2 foram à óbito. Do restante, em 2 pacientes foram realizados apenas esplenorrafia e 8 foram seguidos clinicamente, dos quais 1 apresentou piora clínica, sendo necessário esplenectomia posteriormente (Figura 2).

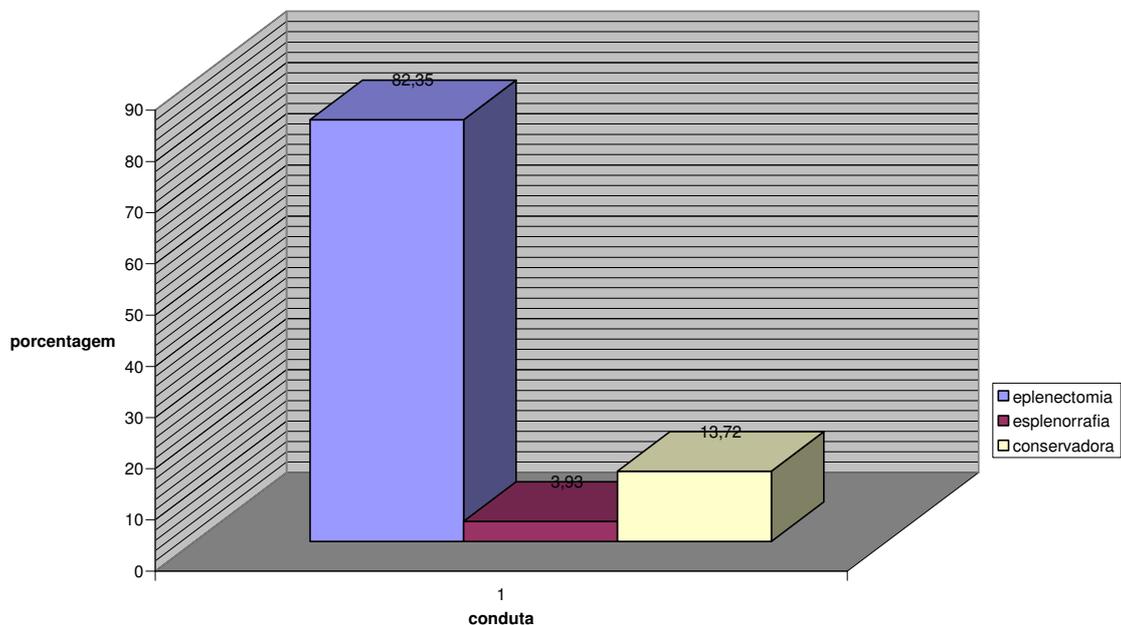


Figura 2. Tipo de tratamento adotado nos traumas de baço atendidos no HUM entre 2001 e 2008

O tempo de permanência médio do grupo operado foi de 6 dias, enquanto que do grupo tratado de modo conservador foi de 9 dias. Além da permanência maior, foram

utilizados mais exames de controle como hematócrito/hemoglobina diários e ultrasonografia.

CONCLUSÃO

Conforme o apresentado, a conduta cirúrgica foi a mais utilizada em no Hospital Universitário de Maringá. Na pequena parcela de pacientes selecionados para conduta conservadora, o tratamento clínico foi realizado com sucesso. Porém, para aplicarmos somente o tratamento clínico, necessitar-se-ia de uma assistência constante e prolongada, com uma série de exames laboratoriais e de imagem freqüentes. Além disso, esta abordagem é recomendada apenas à pacientes de baixo risco ou sem fatores de risco associados (como lesões intra-abdominais associadas, grau de lesão esplênica, alterações hemodinâmicas e presença de lesões extra-abdominais), o que não foi enquadrado em nossa casuística.

Concluimos, portanto, que a adoção de conduta terapêutica cirúrgica ou clínica deve ser avaliada e individualizada para cada paciente, afim de evitarmos operar um paciente que seja bom candidato ao tratamento conservador, e também não apenas observarmos um paciente que necessite de intervenção cirúrgica.

REFERÊNCIAS

Sabiston Jr. DC – **Tratado de Cirurgia**, ED Guanabara Koogan – 1992, RJ. Cap 17, p. 302-305

Hunt JP, Lentz CW, Cairns BA, Ramadan FM, Smith DL, Rutledge R, Meyer AA, Fakhery SM – Management and outcome of splenic injury: the results of a five year statewide population-based study. *Ann Surg* 62(11): 911-7, 1996, nov

Bridgem ML, Patullo AL: Prevention and Management at overwhelming post splenectomy infection – an update. *Crit Care Med* 27:836, 1999

BalaaF, Yelle JD, Pagliarello G, LorimerJ, O'Brien JA.: Isolated blunt splenic injury: do we transfuse more in an attempt to operate less?. PMID? 15646444 [PubMed – indexed for MEDLINE]

Siniluoto TMJ, Tikkakoski TA, Lahde ST: Ultrasound or CT in splenic diseases? *Acta Radiol* 35:597, 1994

