

Incidência de sangramento renal nos pacientes em tratamento não operatório no Hospital João XXIII no período de 2004 a 2008 – Relato de caso

Incidence of renal bleeding in patients under non-operative treatment in Hospital João XXIII between 2004 and 2008 – A case report

Patrícia dos Anjos Godefroid¹, Mario Pastore Neto², Domingos André Fernandes Drumond³

DOI: 10.5935/2238-3182.20130041

RESUMO

Cada vez mais se tem utilizado o tratamento não operatório em vísceras maciças. Em decorrência desse fato, os pacientes apresentam melhores condições de morbidade e mortalidade, entretanto, novos desafios surgem, especialmente quanto às complicações associadas. Este relato mostra a abordagem de tratamento não operatório de trauma renal com embolização, além de comunicar a experiência do Serviço de Cirurgia Geral e do Trauma do Hospital João XXIII de Belo Horizonte, Minas Gerais, em relação ao tratamento da complicação sangramento associado ao trauma após tratamento não operatório do rim. **Palavras-chave:** Rim/lesões; Ferimentos e Lesões/terapia; Embolização Terapêutica.

ABSTRACT

Non-operative treatment has been increasingly used for solid organs, improving patients' morbidity and mortality. However, it also raises new challenges, especially with regards to associated complications. This report shows the non-operative treatment approach to renal trauma using embolization, sharing the experiences of the Department of General Surgery and Trauma at the Hospital João XXIII in the city of Belo Horizonte, Minas Gerais, in treating complications associated with bleeding after trauma in non-operative kidney treatment.

Key words: Kidney/injuries; Injuries and Lesions/therapy; Embolization Therapy.

INTRODUÇÃO

O trauma renal ocorre em aproximadamente 10%¹ das vítimas de traumatismo abdominal contuso ou penetrante. Corresponde a quase 3% de todas as admissões por trauma² e pode levar a várias complicações e até à morte. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado podem reduzir a taxa de complicações e óbito, retornando o paciente à sua vida normal.

A classificação do trauma renal é feita de acordo com a AAST, baseada nos achados tomográficos.^{1,3} O tratamento não operatório é realizado, em geral, nas lesões de graus I e II^{4,5} e o operatório é reservado para as lesões de graus III e IV.^{5,6}

Nos últimos anos o tratamento não operatório ganhou importância em relação ao operatório, devido à menor morbidade e complicações associadas ao próprio tratamento, inclusive nos graus mais elevados de lesão.⁷⁻⁹

Recebido em: 17/08/2009
Aprovado em: 19/04/2013

Instituição:

Serviço de Cirurgia Geral e do Trauma do Hospital João XXIII-Fundação Hospitalar de Minas Gerais – FHEMIG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Autor correspondente:

Mario Pastore Neto
E-mail: mario-pastore@uol.com.br

A embolização é um dos vários métodos de tratamento, podendo melhorar os resultados.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 45 anos de idade, vítima de atropelamento por motocicleta.

À admissão apresentava-se com as vias aéreas pérvias, boa ventilação e expansibilidade torácica, estabilidade hemodinâmica, em escala de coma de Glasgow de 15, pupilas isocóricas e fotorreativas, abdome livre e pelve estável. Exibia fratura exposta em perna esquerda.

O estudo radiológico de tórax, pelve e membro inferior esquerdo evidenciou fratura da tíbia e da fíbula, sendo submetido à correção ortopédica cirúrgica.

Evoluiu com estabilidade, entretanto, 15 horas após sua admissão no setor de urgência, passou a queixar-se de dor abdominal, principalmente em hemiabdomen esquerdo, além de hematuria.

A ultrassonografia abdominal total não revelou anormalidades. A tomografia de abdome e pelve evidenciou lesão renal grau III em polo inferior esquerdo e grande hematoma retroperitoneal até a pelve, com ureter esquerdo pérvio. Manteve-se hemodinamicamente estável, com dor abdominal à esquerda, sem sinais de irritação peritoneal, diurese hematurica e mucosas hipocoradas (++/++++). Constou-se diminuição dos níveis da hemoglobina, sendo administrado concentrado de hemácias no total de 1.500 mL em cinco dias, quando a hemoglobina permaneceu em 9,0 g/dL, e simultaneamente houve interrupção da hematuria, entretanto, a hematuria retornou 24 horas após.

Foi realizada sondagem vesical de demora, que não drenou urina, e nova ultrassonografia para verificar o posicionamento da sonda, que revelou volumoso coágulo organizado localizado no interior da bexiga, com sonda bem posicionada. A irrigação vesical contínua para lise de coágulo não obteve sucesso. Os níveis da hemoglobina voltaram a se reduzir, atingindo 7,3 g/dL. Nova transfusão de 600 mL de sangue e nova tomografia abdominal mostrara, na fase arterial, extravasamento de contraste com aumento do hematoma retroperitoneal, além de coágulos na bexiga.

O paciente foi submetido à arteriografia seletiva da artéria renal esquerda, com tentativa de embolização. A hemodinâmica revelou sangramento ativo e fístula arteriovenosa no polo inferior do rim esquerdo. Foi feita embolização seletiva do polo inferior do

rim esquerdo com Histoacryl, com resolução dos achados (Figuras 1 e 2).

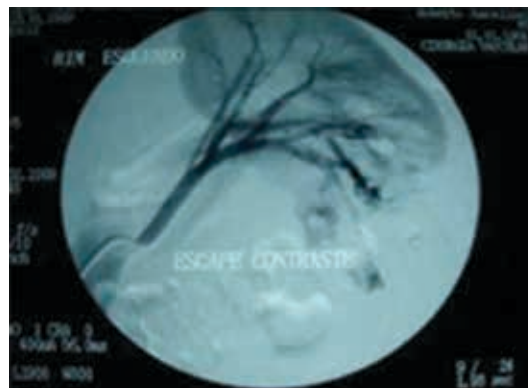


Figura 1 - Arteriografia seletiva da artéria renal esquerda.

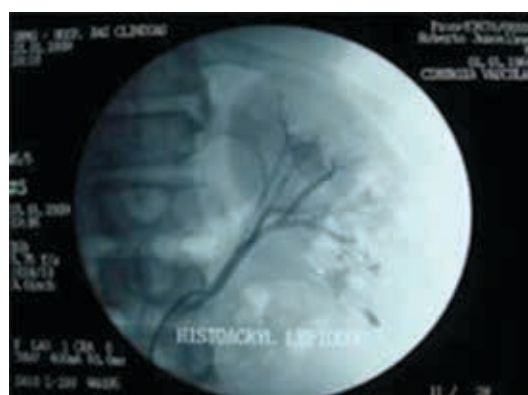


Figura 2 - Embolização seletiva do polo inferior do rim esquerdo com Histoacryl.

Evoluiu com infecção do trato urinário e eliminação de coágulos às micções.

A alta hospitalar ocorreu 25 dias após a sua admissão, em boas condições clínicas.

DISCUSSÃO

O tratamento não operatório renal é factível, desde que haja condições adequadas para a abordagem das complicações decorrentes dessa escolha.

Neste caso aqui relatado, o diagnóstico foi feito após a admissão e tratamento ortopédico. O tratamento não operatório teria sido adotado, de acordo com os achados de imagem, desde a admissão.

O tratamento operatório quase sempre leva à nefrectomia.¹⁰

A hemodinâmica é dos recursos mais importantes para o tratamento inicial ou das complicações decorrentes do tratamento não operatório.

Entre os 138 casos de trauma renal submetidos a tratamento não operatório no Hospital João XXIII no período de 2004 a 2008, dois pacientes necessitaram de embolização por sangramento, com sucesso. Em um caso o sangramento cessou espontaneamente e oito pacientes foram levados à cirurgia por falha no tratamento não operatório.

O tempo de recuperação, neste caso, suplantou o do tratamento operatório, mas os benefícios em relação à laparotomia para tratamento cirúrgico são evidentes. A média de internação encontrada varia entre nove e 22 dias.¹¹

O paciente provavelmente seria submetido à nefrectomia parcial ou mesmo iria perder o rim esquerdo, se fosse adotado o tratamento cirúrgico. Em população com risco de insuficiência renal e diálise, a preservação renal é importante.

O tratamento com hemodinâmica não só preservou o rim, como trouxe benefícios em relação ao tratamento operatório e demonstrou-se plausível em nosso meio.

REFERÊNCIAS

1. Bretan PN, McAninch JW, Federle MP, Brooke Jeffrey R. Computerized tomographic staging of renal trauma: 85 consecutive cases. *J Urol.* 1986; 136:561-5.
2. Ahmed S, Morris LL. Renal parenchymal injuries secondary to blunt abdominal trauma in childhood: a 10-year review. *Br J Urol.* 1982 Oct; 54(5):470-7.
3. McAninch JW, Federle MP. Evaluation of renal injuries with computerized tomography. *J Urol.* 1982; 128:456-60.
4. Evins SC, Thomason WB, Rosenblum R. Non-operative management of severe renal lacerations. *J Urol.* 1980; 123:247-9.
5. Mendez R. Renal trauma. *J Urol.* 1977; 118: 698-703.
6. Sargent JC, Marquardt CR. Renal injuries. *J Urol.* 1950; 63:1.
7. Del Villar RG, Ireland GW, Cass AS. Management of renal injury in conjunction with the immediate surgical treatment of the acute severe trauma patient. *J Urol.* 1972; 107:208-11.
8. Cass AS, Luxenberg M, Gleich P, Smith C. Long-term results of conservative and surgical management of blunt renal lacerations. *Br J Urol.* 1987; 59:17-20.
9. Thompson IM. Expectant management of blunt renal trauma. *Urol Clin North Am.* 1977; 4: 29-32.
10. Cass AS, Ireland GW. Comparison of the conservative and surgical management of the more severe degrees of renal trauma in multiple injured patients. *J Urol.* 1973; 109: 8-10.
11. Deka PM, Rajeev TP. Blunt renal trauma - is non-operative management a viable option. *Indian J Urol.* 2001; 18:10-3.