

Lesão isolada de pâncreas em trauma abdominal contuso

Isolated pancreatic injury in blunt abdominal trauma: case report

Wilson Luiz Abrantes¹, Ana Carla de Carvalho Dantonio², Camila Cristiane Silva Camelo², Carolina Antunes Dias², Danielle Pessôa Machado², Lucas Fragoso Marques Lara², Mariana Paranhos Alvarenga², Pedro Henrique Vilela Moreira², Pedro Henrique Tanure Saraiva²

RESUMO

A lesão isolada de pâncreas no trauma fechado é de ocorrência rara, com diagnóstico, em geral, tardio. Este estudo descreve paciente feminino, 27 anos de idade, vítima de agressão física em região de face e tronco, atendida no Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN). A tomografia computadorizada de abdome apresentou imagem compatível com pseudocisto em cabeça de pâncreas e o tratamento foi conservador. A ausência de melhora determinou o uso de tratamento cirúrgico.

Palavras-chave: Pâncreas/lesões; Ferimentos e Lesões; Traumatismos Abdominais; Pseudocisto Pancreático.

ABSTRACT

The isolated pancreatic injury in blunt trauma is rare, and its diagnosis is usually delayed because the manifestations are usually late. This case report aims to demonstrate such a rare and serious injury with his treatment. It is female patient, 27 years, victim of physical aggression in the face and body, seen at Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), MG. After performing computed tomography (CT) with an image consistent with pancreatic pseudocyst in the head, we opted for conservative treatment. However, it was necessary the outcome of treatment with surgery as no improvement was observed.

Key words: Pancreas/injuries; Wounds and Injuries; Abdominal Injuries; Pancreatic Pseudocyst.

INTRODUÇÃO

O pâncreas possui localização retroperitoneal, o que o protege relativamente de trauma, independentemente do tipo de impacto abdominal. No trauma abdominal fechado, o mecanismo de lesão é a compressão do pâncreas, especialmente a sua cabeça, contra os corpos vertebrais, levando à lesão parenquimatosa. Caso o ducto pancreático (DP) principal seja afetado, nota-se aumento da morbimortalidade.

As lesões pancreáticas dividem-se em graus de I a V, dependendo da integridade do DP e sua localização (Tabela 1). O tratamento é realizado por meio de medida não operatória, drenagem ou por duodenopancreatectomia, de acordo com o grau e a evolução da lesão.

¹ Médico. Preceptor do Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves. Belo Horizonte, MG – Brasil.
² Acadêmicos do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:
Avenida Alfredo Balena, 190, sala 203
Bairro: Santa Efigênia
Belo Horizonte, MG – Brasil
CEP: 30130-100
E-mail: carolantunesdias@hotmail.com

Tabela 1 - Escala de lesão pancreática da AAST (AAST-OIS)

Grau lesão	Descrição
I	Pequena contusão, sem lesão de ducto pancreático (DP) Laceração superficial, sem lesão de DP
II	Grande contusão sem lesão de ducto pancreático ou perda tecidual. Grande laceração sem lesão de DP ou perda tecidual
III	Transecção distal ou lesão do parênquima sem lesão de DP
IV	Transecção próxima ou lesão do parênquima acometendo a ampola
V	Destrução maciça da cabeça do pâncreas

Este relato tem por objetivo descrever o caso de paciente atendida no HRTN com lesão pancreática isolada e pancreatite associada a trauma abdominal contuso.

RELATO DE CASO

Paciente feminino, 27 anos de idade, vítima de trauma abdominal contuso por chutes, atendida no HRTN queixando-se de dor em face e tórax à esquerda. Medicada com analgésico e mantida em observação por 24 horas. Não foram observadas anormalidades à radiografia de tórax e ultrassonografia *FAST*.

Após 15 dias do primeiro atendimento, voltou ao serviço, evoluindo com vômitos, distensão e dor abdominal há uma semana. O exame físico revelou massa palpável e dolorosa em hipocôndrio direito. A dieta foi suspensa. Realizada tomografia computadorizada (TC) de abdomen que revelou imagens compatíveis com pancreatite crônica complicada, grande pseudocisto de cabeça de pâncreas, ascaridíase intestinal e reduzida quantidade de líquido na pelve. Iniciado mebendazol para tratamento de ascaridíase. Os exames laboratoriais revelaram amilase e lipase elevadas, 2.930 e 4.494 U/mL, respectivamente. Após quatro dias, a dieta foi liberada e, apesar de apresentar boa tolerância, ocorreu piora da distensão abdominal e aumento progressivo da amilase e lipase.

Nova TC de abdome demonstrou permanência de líquido livre em cavidade abdominal e várias coleções adjacentes ao pâncreas e ao cólon. Não havia sinais de irritação peritoneal. A dieta foi novamente suspensa e iniciada antibioticoterapia com meropenam. Novos exames laboratoriais revelaram aumento da proteína C reativa (PCR), tendo sido realizada endoscopia digestiva alta, que evidenciou sinais sugestivos de compressão extrínseca da parede posterior

do corpo gástrico, bulbo e segunda porção duodenais. Após troca do antibiótico para ciprofloxacina e PCR em queda, a paciente desejou alta, apesar das orientações para permanência no hospital.

Retornou ao hospital 15 dias após a alta, devido ao reinício da dor abdominal em andar superior do abdome e vômitos. Não fez uso domiciliar do antibiótico prescrito. Foram realizados novos exames laboratoriais com amilase e lipase de 1.424 e 1.138 UI/mL, respectivamente, e nova TC de abdome e pelve demonstrou coleção hipodensa em topografia de cabeça pancreática de cerca de 200 mL e outras duas coleções, uma anterior de 9,0 mL e outra laminar no mesentério de 11,0 mL, e líquido livre na pelve (Figuras 1.a e 1.b).

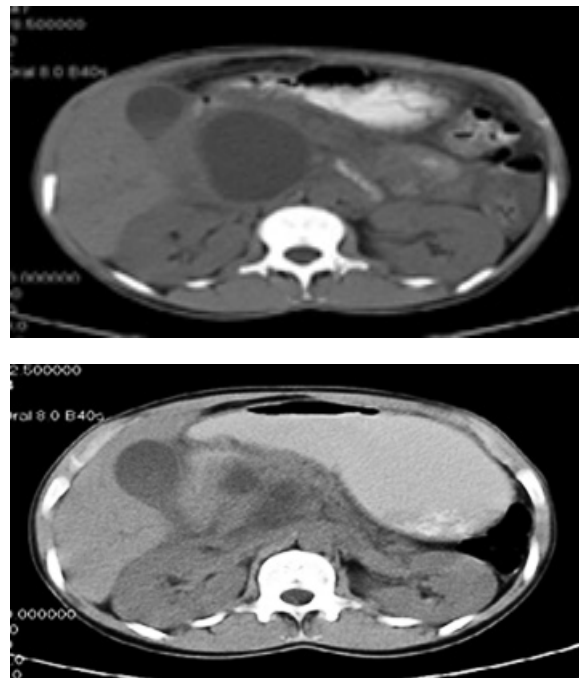


Figura 1 - A e B – coleções hipodensas em pâncreas (imagens compatíveis com pseudocistos).

Foi decidido por tratamento cirúrgico para a remoção do pseudocisto e jejunostomia em Y de Roux. No segundo dia de pós-operatório (DPO), encontrava-se estável, com dor leve em ferida operatória (FO). Não apresentava febre, dispneia ou vômitos e eliminação de flatos. Dreno com mínima quantidade de secreção sanguinolenta. No 5º DPO, encontrava-se em bom estado geral, sem queixas. Foi reintroduzida dieta oral com boa aceitação. O dreno apresentou 100 mL de secreção serossanguinolenta em 24 horas. Nesse dia foi observada amilase em queda (498) e PCR de 258. No sexto DPO, verificaram-se 30 mL de

secreção serossanguinolenta no dreno em 12 horas e a análise dessa secreção revelou amilase de 12.059 e lipase de 45.349 UI/mL.

No 7º DPO, evoluía bem, com abdome livre e indolor. Havia secreção serosa no dreno. Recebeu alta devido à estabilidade clínica.

DISCUSSÃO

Apresentou lesão isolada de pâncreas grau II sem lesões de vísceras adjacentes. Os objetivos do tratamento da lesão de pâncreas são controlar hemorragia, retirar tecidos desvitalizados, drenar secreções exógenas e evitar sepse.

Os traumas abdominais fechados podem evoluir com a formação de pseudocistos. O tratamento dessas lesões deve ser realizado preferencialmente de forma conservadora se o DP estiver intacto e sem comunicação com o pseudocisto. O tamanho da lesão deve ser monitorado a cada três a seis meses com TC. Novos sintomas como dor abdominal, saciedade precoce ou febre devem ser investigados.

A intervenção cirúrgica é recomendada para pacientes com complicações agudas, pancreatite crônica sintomática, pseudocisto infectado ou após observação de seis semanas sem resolução espontânea ou diante de pseudocistos maiores que 6 cm. As opções são drenagem cirúrgica, drenagem por cateter percutâneo e drenagem endoscópica.

Nesse caso, optou-se por intervenção cirúrgica devido à persistência de sintomatologia e sem regressão dos pseudocistos após período além de seis semanas com o tratamento conservador.

CONCLUSÃO

O trauma pancreático representa difícil diagnóstico, principalmente em casos decorrentes de lesão contusa. Por ser lesão pouco frequente, e na ausência de consenso de conduta, a decisão pelo tratamento torna-se individualizado.

Cabe à equipe médica selecionar os casos em que a opção por tratamento conservador é aplicável e acompanhar a evolução, para que a intervenção cirúrgica seja realizada em momento adequado e diante da ausência de melhora clínica.

REFERÊNCIAS

1. Feliciano D, Martin TD, Cruse PA, et al. Management of combined pancreaticoduodenal injuries. *Ann Surg.* 1987; 205(6):673-9.
2. Thompson RJ, Hinshaw DB. Pancreatic Trauma. *Ann Surg.* 1966; 163(1):153-60.
3. Rigon R, Trevisan P, Giacomazzi A. Pancreatic trauma: a rare but severe event. *Minerva Chir.* 1994; 49:509-14.
4. Akhrass R, Yaffe MB, Brandt CP, Reigle M, Fallon WF Jr, Malangoni MA. Pancreatic trauma: a ten year multi-institutional experience. *Am Surg.* 1997; 63:598-604.
5. Travers B. Rupture of the Pancreas. *Lancet.* 1827; 12:387.
6. Demetriades D, Asensio JA. Trauma management. *Georgetown: Bioscience;* 2000.
7. Brooks A, Shukla A, Beckingham I. Pancreatic trauma. *Trauma.* 2003; 5:1-8.
8. Wilson R, Moorehead RJ. Current management of trauma to the pancreas. *Br J Surg.* 1991; 78:1109-13.