

Cirurgia para controle de danos no trauma abdominal: relato de caso

Damage control surgery in abdominal trauma: case report

Bernardo Henrique Araújo Neves¹, Camila Suellem Ramalho da Mata¹, Gilvan Ferreira Vaz¹,
Joseline Iodith Brito Pereira¹, Karina Diniz Pereira¹, Nádia Machado de Vasconcelos¹,
Pedro Brandi Oliveira¹, Raissa Gontijo Cabral de Souza¹, Renata Lamas Araújo Leandro¹ Wilson Luiz Abrantes²

RESUMO

No Brasil, a cada dia morrem aproximadamente 78 pessoas vítimas de homicídios causados por armas de fogo, constituindo-se numa das causas de maior prevalência de morte entre adultos jovens. Este trabalho relata o uso de laparotomia inicialmente curativa, e que cursou para cirurgia de contenção de danos, objetivando o tratamento de trauma abdominal provocado por múltiplas perfurações por arma de fogo. Ressalta as aplicações dessa estratégia cirúrgica no trauma abdominal de urgência.

Palavras-chave: Ferimentos e Lesões; Violência; Cirurgia.

ABSTRACT

Every day, approximately 78 people die in Brazil victims of firearms-related homicides. This paper reports the case of a 24-years-old male who underwent a initially curative laparotomy which was converted into a damage control surgery to treat an abdominal firearm penetrating injury. The paper highlights the concept and applications of damage control surgery in abdominal trauma.

Key words: Wounds and Injuries; Violence; Surgery.

INTRODUÇÃO

A cirurgia de contenção de danos surgiu nos anos 1980 nos Estados Unidos da América para lidar com os desafios da mudança epidemiológica das causas de trauma. O aumento da violência urbana e o acesso ilegal às armas de fogo contribuíram para o aumento significativo de perfurações por armas de fogo (PAF) nos hospitais do país.

Na cirurgia do trauma, o desafio é manter, durante o ato cirúrgico, a estabilidade fisiológica do paciente. O trauma, inclusive o cirúrgico e o da reanimação volêmica, pode desencadear eventos letais que incluem acidose metabólica, hipotermia e discrasia sanguínea (“tríade da morte”). É essencial determinar o papel de cada uma dessas etapas para estabelecer a conduta adequada.

Este trabalho destaca a abordagem cirúrgica de um caso de trauma abdominal, como exemplo e alerta da indicação da cirurgia de contenção de danos.

¹ Acadêmicos do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Professor do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:

Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves
Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:

Wilson Luiz Abrantes
Rua Visconde do Rio das Velhas, nº 35, apto 501
Bairro: Vila Paris
CEP: 30380-740
Belo Horizonte, MG – Brasil
E-mail: wlabrantes@yahoo.com.br

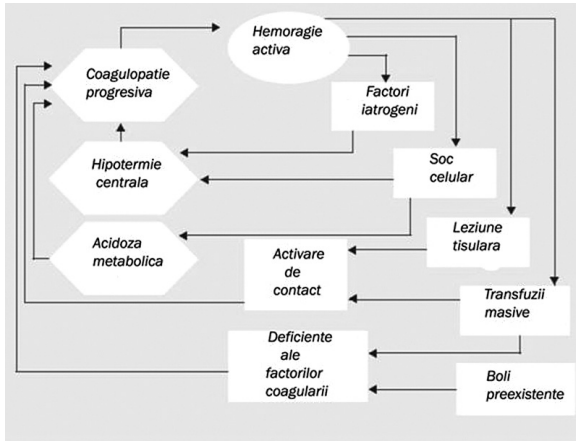


Figura 1 - Tríade da morte.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente masculino, 24 anos de idade, previamente hígido, foi admitido na Unidade de Pronto-Atendimento de Justinópolis, vítima de trauma PAF (múltiplos orifícios em abdome anterior, antebraço direito, joelho direito, coxa esquerda, nádega, dorso em linha mediana), em choque grau III com resposta transitória à reposição volêmica.

Apresentava-se na Unidade de Pronto-Atendimento em Glasgow 13 hipocorado, sendo transferido ao Hospital Risoleta Tolentino Neves com rebaixamento da consciência, irritação peritoneal e instabilidade hemodinâmica; pelve estável e toque retal sem alterações. Encaminhado imediatamente à cirurgia de emergência. Foi submetido à laparotomia exploradora que evidenciou no peritônio a presença de sangue (1.000 mL), fezes e secreção digestiva, além de lesões de ceco, jejuno, íleo, cólon transverso, colo sigmoide e mesocólon, que foram rafiadas. A avaliação laboratorial durante o ato cirúrgico revelou 150.000 plaquetas/mm³ e hemoglobina de 4,1 g/dL; pH e bicarbonato sanguíneos, respectivamente, de 7,3 e 19,7 mmol/L. Após quatro horas de cirurgia, com a piora dos parâmetros, foi feito toque retal que revelou escape de fezes e detectou hematoma pélvico em expansão. Nesse momento, foi realizada revisão do abdome em busca de pontos de sangramento ainda não identificados e, sem encontrá-los, optou-se pela conversão do procedimento para cirurgia de contenção de danos. Foram posicionadas cinco compressas na pelve e o paciente foi deixado em laparostomia com bolsa de Bogotá, aguardando o momento adequado para nova abordagem. Foram administrados 600 mL de concentrado de hemácias, 800 mL de plasma fres-

co congelado e feita avaliação vascular (hematoma inguinal esquerdo) e ortopédica (fratura do fêmur esquerdo e antebraço direito).

No dia seguinte, apresentou melhora, com estabilidade hemodinâmica, o que possibilitou o fechamento da laparotomia.



Figura 2 - Bolsa de Bogotá.

DISCUSSÃO

Apesar do surgimento de centros especializados em trauma e da aplicação de protocolos padronizados, a taxa de mortalidade em vítimas de trauma com hemorragia contínua alta, consequência do desequilíbrio hemodinâmico. A “tríade da morte” (hipotermia, coagulopatia e acidose) não é a causa inicial da catástrofe, mas manifestação relativamente tardia de significativas alterações moleculares, celulares e teciduais. Diante de paciente com essas alterações, a cirurgia curativa requer longa duração e cuidado intenso, o que pode levar à intensa depleção da reserva fisiológica já exaurida e elevar a taxa de mortalidade. A interrupção do ato operatório pode aumentar a sobrevivência e permitir a restauração do equilíbrio fisiológico em Unidade de Terapia Intensiva e subsequente reoperação definitiva.

A árdua decisão de interromper a cirurgia é postergada pelos cirurgiões, que tendem a preferir a resolução de todos os problemas em único tempo cirúrgico. No entanto, a experiência demonstrou que o atraso dessa decisão pode contribuir para a alta mortalidade dos politraumatizados graves.

Este relato descreve trauma de extrema gravidade com lesões múltiplas em que predominaram repercussões abdominais de lesões vasculares e intesti-

nais em que a conduta de contenção e não resolução definitiva permitiu que as medidas de sustentação de vida promovessem o equilíbrio metabólico e sucesso clínico-cirúrgico.

CONCLUSÃO

A cirurgia de contenção de danos constitui procedimento amplamente utilizado a partir dos anos 1980, como medida efetiva para o aumento da sobrevivência dos pacientes gravemente traumatizados. Só é eficaz, entretanto, se for possível a obtenção de estabilidade hemodinâmica em 24 a 72 horas. A indicação da cirurgia deve ser feita em tempo hábil para que haja possibilidade de estabilização hemodinâmica.

REFERÊNCIAS

1. Fagundes MAV, Seidel AC, Schiavon AC, Barbosa FS, Kanamaru F. Estudo retrospectivo de janeiro de 1998 a maio de 2005, no Hospital Universitário de Maringá sobre ferimentos por armas brancas e armas de fogo. *Acta Sci Health Sci.* 2007; 29(2): 133-37.
2. Rotondo MF, Zonies DH. The damage control sequence and underlying Logic. *Surgical Clinics of North America.* 1997 Aug; 77(4): 761-77..
3. Furtado P. Controle de danos em cirurgia. *Rev AMRIGS.* 2001; 45 (1,2):71-6.
4. Stalhschmidt CMM, Formighieri B, Marcon DM, Takejima AL, Soares LGS. Controle de danos no trauma abdominal e lesões associadas: experiência de cinco anos em um serviço de emergência. *Rev Col Bras Cir.* 2006; 35(4):225-8.