

Diagnóstico e tratamento do trauma contuso de pâncreas

Diagnosis and treatment of blunt trauma of the pancreas

Wilson Luiz Abrantes¹, Ana Carla de Carvalho Dantônio², Camila Cristiane Silva Camelo², Carolina Antunes Dias², Danielle Pessoa Machado², Lucas Fragoso Marques Lara², Mariana Paranhos Alvarenga², Pedro Henrique Vilela Moreira², Pedro Henrique Tannure Saraiva²

RESUMO

O abdome é frequentemente acometido por lesões de origem traumática. O pâncreas é órgão geralmente pouco acometido e, quando afetado, costuma apresentar lesões simples, entretanto, de difícil diagnóstico, o que pode piorar o prognóstico do paciente. Diante de suspeita clínica de lesão pancreática, os métodos propedêuticos devem ser adequadamente empregados de forma a minimizar o intervalo entre o estabelecimento do diagnóstico e o início do tratamento mais adequado em cada caso. Esta revisão apresenta as principais técnicas propedêuticas e as possibilidades terapêuticas diante de lesão pancreática decorrente de trauma abdominal.

Palavras-chave: Pâncreas/lesões; Traumatismos Abdominais/diagnóstico; Traumatismos Abdominais/terapia; Ferimentos e Lesões; Contusões.

ABSTRACT

The abdomen is often injured due to traumatic injury. The pancreas is an organ not often affected by abdominal trauma and, when it occurs, the lesions are mostly simple. Blunt pancreatic trauma has a difficult diagnose and, therefore, generally have delayed diagnosis, which can worsen the prognosis. The diagnostic methods should then be used properly considering the clinical suspicion of pancreatic injury. This review presents some of the most current propaedeutic and therapeutic techniques on blunt pancreatic trauma.

Key words: Pancreas/injuries; Abdominal Injuries/diagnosis; Wounds and Injuries; Contusions.

INTRODUÇÃO

O abdome é frequentemente acometido por lesões penetrantes e por traumas fechados¹ No trauma abdominal contuso, os órgãos mais comumente afetados são o baço e o fígado. O trauma de pâncreas é pouco frequente, independentemente do tipo de impacto abdominal. Lesões pancreáticas são, entre as lesões traumáticas gastrintestinais, das mais difíceis de lidar, porque o seu diagnóstico pode ser tardio ou despercebido. Em 75% das vezes, as lesões pancreáticas são simples, constituindo-se em hematoma, lesão de cápsula ou do parênquima, sem acometimento do ducto pancreático principal.²

A maioria das lesões pancreáticas ocorre em homens jovens e associa-se à alta incidência de lesões a órgãos adjacentes e estruturas vasculares importantes, como aorta, veias cava e porta, vasos mesentéricos, estômago, cólon e duodeno. Lesões isola-

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
Email: camila-camelo@hotmail.com

das do pâncreas são pouco frequentes, ocorrendo em 2% dos traumatismos abdominais, sendo decorrentes em dois terços das vezes de traumas penetrantes e em um terço de traumas abdominais fechados.¹

Esta revisão objetiva destacar a importância do diagnóstico preciso e a indicação da conduta terapêutica adequada no trauma contuso de pâncreas.

DISCUSSÃO

O diagnóstico de lesões decorrentes de traumatismos abdominais é desafio até para cirurgões experientes. O exame físico não é confiável, sendo muitas vezes difícil de executar e com achados muitas vezes desproporcionais à gravidade das lesões, principalmente em traumatismos abdominais fechados. Quando sintomáticos, é comum a presença de dor, rigidez abdominal e defesa; com sensibilidade e especificidade no trauma de 82 e 45%, respectivamente. Até 40% dos doentes podem ser assintomáticos à admissão no hospital.³

A hiperamilasemia no trauma abdominal tem como causa a lesão pancreática em apenas 8% dos casos. Todavia, a elevação persistente da amilase sérica e urinária após trauma fechado do abdome é altamente sugestiva de lesão pancreática.

A tomografia computadorizada (TC) abdominal contrastada é considerada o método de escolha na avaliação das lesões pancreáticas de causa traumática, desde que o paciente esteja hemodinamicamente estável. Os achados que podem indicar lesão do pâncreas são: líquido intra ou extraperitoneal, hematoma ou laceração pancreática, aumento difuso do órgão com inflamação e edema no local da lesão e espessamento da fáscia renal anterior esquerda. O diagnóstico pode, ainda, ser dificultado, quanto às lesões pancreáticas, sobretudo ductais, se a TC for feita muito precocemente após o traumatismo. A TC é apenas um meio indireto para detectar lesões dos ductos, pois não permite a sua visualização direta. No entanto, sinais como a secção total do pâncreas, a visualização de líquido peripancreático, o aumento difuso ou localizado do pâncreas ou hipodensidade do parênquima pancreático apresentam-se como sinais indiretos de lesão ductal pancreática detectável na TC.

A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) diagnostica a lesão dos ductos pancreáticos (principal e secundários) e pode introduzir um *stent*, como medida terapêutica das principais

complicações, e de pouca invasividade. É ainda o método mais seguro de se realizar em casos diagnosticados tardiamente.

A ressonância magnética (RNM) oferece algumas vantagens em relação à TC, incluindo menos efeito nefrotóxico dos contrastes e ausência de radiação. Sua realização, entretanto, é impraticável na sala de emergência, devido às dificuldades ao seu acesso em tempo útil. Pode ser usada associada à colangiopancreatografia para a detecção de lesões do ducto pancreático. A CPRE, embora seja considerada método de eleição para diagnóstico de lesão ductal pancreática, tem na colangiopancreatografia com RNM uma boa alternativa, com a vantagem de ser técnica não invasiva e que permite caracterizar adequadamente as lesões traumáticas ductais em pacientes hemodinamicamente estáveis.

Em 1990, a *American Association of Surgery of Trauma* (AAST) aumentou a escala de lesões de órgãos sólidos aos traumatismos do pâncreas. Assim, as lesões de grau I referem-se a pequenas contusões ou lacerações superficiais sem lesão ductal; grau II corresponde a contusões de mais intensidade ou lacerações maiores, mas sem lesão ductal; III inclui a secção pancreática parcial distal ou lesão parenquimatosa que impliquem lesão dos ductos; IV corresponde à secção parcial proximal do pâncreas (à direita da veia mesentérica superior) ou lesão parenquimatosa que impliquem envolvimento da ampola; lesão de grau V corresponde à secção total da cabeça do pâncreas (Tabela 1).

Tabela 1 - Escala de graduação do trauma pancreático segundo a *American Association for the Surgery of Trauma*

Grau	Descrição da lesão
I	Hematoma Contusão menor sem lesão ductal
	Laceração Laceração superficial sem lesão ductal
II	Hematoma Contusão maior sem lesão ductal ou perda tecidual
	Laceração Laceração maior sem lesão ductal ou perda tecidual
III	Laceração Transecção distal ou lesão parenquimatosa com lesão ductal
IV	Laceração Transecção proximal (à direita da veia mesentérica superior) ou lesão parenquimatosa envolvendo a ampola
V	Laceração Destruição maciça da cabeça do pâncreas

A lesão no ducto pancreático principal representa elemento fundamental que determina a conduta a ser tomada no trauma de pâncreas. Os fatores que influen-

ciam a mortalidade são: grau da lesão, lesão ductal, complexidade da cirurgia, lesões orgânicas associadas, grau de acidose e necessidades transfusionais.⁴

Sempre que possível, deve-se optar pelo tratamento conservador das lesões decorrentes de traumatismos pancreáticos fechados⁶ de acordo com a gravidade⁵ (Figura 1). Outro algoritmo de tratamento que é muito usado em lesões pancreáticas decorrentes de traumatismos fechados em pacientes hemodinamicamente estáveis preconiza a intervenção cirúrgica em todas as lesões de grau III-V. No entanto, no caso de lesões de grau I ou II, a intervenção cirúrgica é apenas realizada se houver evidência de lesão ductal à CPRE ou RNM. Caso contrário, as lesões são tratadas conservadoramente.^{6,7}

A indicação de cirurgia pode também depender de outras lesões orgânicas. A opção pelo tratamento conservador implica vigilância redobrada, com avaliações periódicas da condição do paciente bem como a repetição seriada dos exames diagnósticos. Deve-se também considerar apropriada a alternativa terapêutica para as lesões graus I e II de tratamento por drenagem fechada com ou sem desbridamento e por pancreatorrafia; III e IV de pancreatectomia distal; e V de duodenopancreatectomia.⁸

O tratamento não operatório pode ser complementado pelo uso de técnicas minimamente invasivas, como a angioembolização seletiva, que, além de permitir controlar lesões hemorrágicas, permite contornar algumas complicações que surjam no decorrer do tratamento conservador. Essa técnica possui taxas de sucesso de até 70-80% em hemorragias intra-abdominais, traumáticas e não traumáticas, no entanto, não é método padronizado. Quando se verifica instabilidade hemodinâmica, com hemorragias relevantes e/ou ineficácia do tratamento não operatório, a cirurgia aberta deve ser o método de escolha, sendo o tempo de laparotomia determinado pela gravidade dos eventos.^{5,9}

Deste modo, percebe-se que o tratamento conservador é a escolha inicial, mesmo em caso de lesão do ducto principal, a menos que o paciente apresente sinais de peritonite ou sepse. Além disso, atualmente está demonstrado que a infusão de octreotida, um vasoconstritor mais seletivo, com efeito anti-hemorrágico do trato gastrointestinal, é eficaz ao promover a diminuição da secreção pancreática, quando existem lesões ductais,^{4,10} e que se associa a melhores resultados quando combinado com drenagem percutânea.

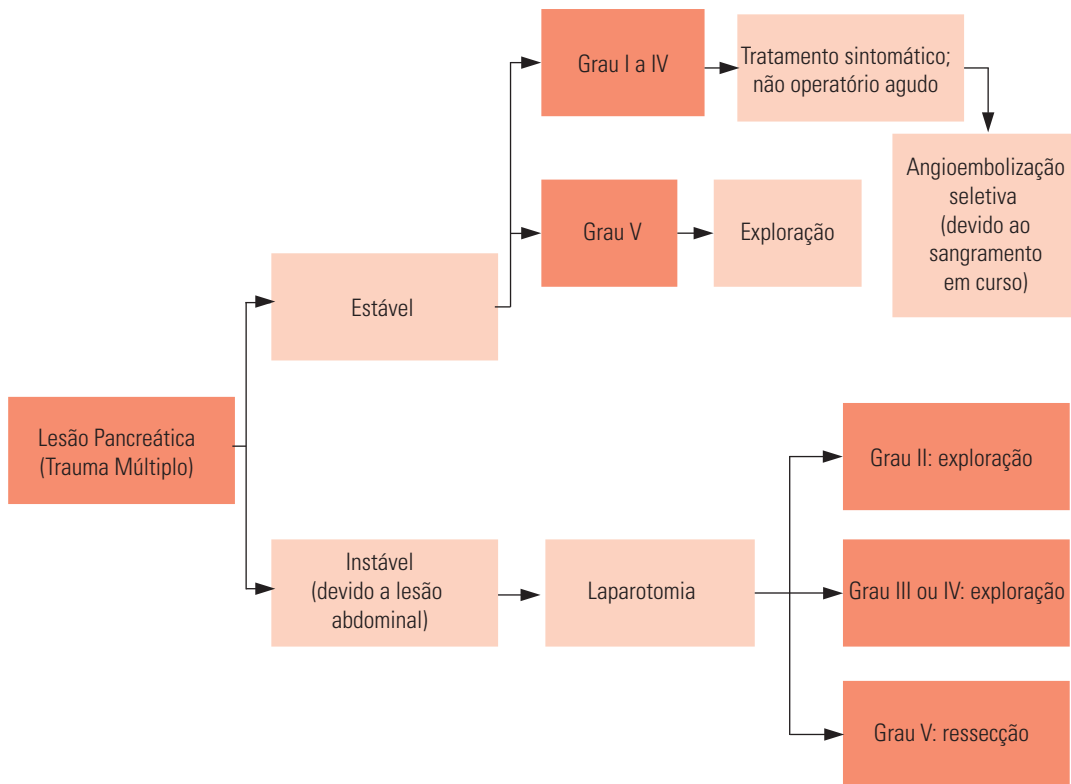


Figura 1 - Diagrama de manejo do tratamento inicial de lesões no pâncreas. Tratamento na clínica e durante a primeira fase da cirurgia é realizado de acordo com determinados algoritmos pré-definidos, na dependência do grau de gravidade da lesão pancreática.⁽⁵⁾

Esse fármaco, ao promover a diminuição das secreções, contribui para a cura da laceração pancreática e previne a formação de necrose extensa induzida pelas enzimas do suco pancreático.⁴

CONCLUSÃO

A dificuldade na detecção de lesões intra-abdominais, particularmente de órgãos sólidos, sempre se revelou um entrave no avanço do tratamento, inclusive no trauma pancreático. O exame físico muitas vezes inconclusivo e as limitações dos métodos propedêuticos são fatores que dificultam o diagnóstico rápido e preciso da lesão decorrente do trauma de pâncreas.

Associado à dificuldade diagnóstica existe a impossibilidade de se estabelecer apenas um tipo de tratamento para o trauma pancreático. Atualmente, existem diversas opções terapêuticas, cada uma com indicações específicas ao tipo ou grau de lesão. Além disso, observa-se a evolução do tratamento, de modo que, inicialmente, qualquer vítima de trauma abdominal pode, inevitavelmente, ser submetida à laparotomia, procedimento cirúrgico agressivo e radical. A abordagem de escolha atual nas lesões traumáticas de pâncreas, sempre que as condições do doente o permitam, consiste em métodos não operatórios. Essa tendência depende da disponibilidade de novos meios de diagnóstico que permitem noção mais precisa das dimensões e gravidade das lesões, sem ser por visualização direta em centro cirúrgico.

Apesar da disponibilidade dos diversos métodos diagnósticos e das várias opções terapêuticas, ainda hoje representa desafio a condução adequada e pre-

cisa de trauma contuso de pâncreas. É, por isso, importante o estímulo constante ao estudo e à pesquisa para estabelecimento e confirmação das melhores opções diagnósticas e terapêuticas em cada caso.

REFERÊNCIAS

1. Silveira HJV, Mantovani M, Fraga GP. Trauma do pâncreas: fatores preditivos de morbidade e mortalidade relacionados a índices de trauma. *Arq Gastroenterol.* 2009; 46(4):274-8.
2. Bahten LCV, Smaniotto B, Kondo W, Tsunoda AT, Lima TMC, Garcia MJ. Fatores prognósticos em pacientes submetidos à cirurgia por trauma pancreático. *Rev Col Bras Cir.* 2004 Set/Out; 31(5):332-7.
3. Radwan MM, Abu-Zidan FM. Focussed Assessment Sonograph Trauma (FAST) and CT scan in blunt abdominal trauma: surgeon's perspective. *Afr Health Sci.* 2006; 6:187-90.
4. Lochan R, Sen G, Barrett AM, Scott J, Charnley RM. Management strategies in isolated pancreatic trauma. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2009; 16:189-96.
5. Heuer M, Hussmann B, Lefering R, Taeger G, Kaiser GM, Paul A, Lendemans S. Pancreatic injury in 284 patients with severe abdominal trauma: outcome, course, and treatment algorithm. *Langenbecks Arch Surg.* 2011 Oct; 396(7):1067-76.
6. Duchesne JC, Schmiege R, Islam S, Olivier J, McSwain N. Selective nonoperative management of low-grade blunt pancreatic injury: are we there yet? *J Trauma.* 2008; 65:49-53.
7. Wright MJ, Stanski C. Blunt pancreatic trauma: a difficult injury. *South Med J.* 2000; 93:383-5.
8. Hwang SY, Choi YC. Prognostic determinants in patients with traumatic pancreatic injuries. *J Korean Med Sci.* 2008; 23:126-30.
9. Schroepel TJ, Croce MA. Diagnosis and management of blunt abdominal solid organ injury. *Curr Opin Crit Care.* 2007; 13:399-404.
10. Thomas H, Madanur M, Bartlett A, Marangoni G, Heaton N, Rela M. Pancreatic trauma-12-year experience from a tertiary center. *Pancreas.* 2009; 38:113-6.