

Abordagem do trauma cervical penetrante na zona II

Approach to the penetrating cervical trauma in area II

Ana Drumond Cassimiro¹, Bruno Antônio Maciente¹, Dalmo José Cabral Júnior¹, Débora Regina de Melo Moreira¹, Eduardo Giarola Almeida¹, Gabriel Caldeira do Couto e Silva¹, Rafael Augusto Ribeiro de Carvalho¹, Thais Ferreira Martins¹

RESUMO

O traumatismo da região cervical destaca-se por sua alta complexidade e elevada morbidade, conferindo grande relevância no atendimento nos serviços de emergência. A incidência, no Brasil, é similar entre aquele causado por arma de fogo e por arma branca. O grupo de maior risco são homens adultos jovens, refletindo a maior exposição a situações de violência. O trauma cervical pode ser dividido com base na profundidade da lesão, em sua localização ântero-posterior e céfalo-caudal, além de haver uma diferenciação clínica entre aquelas vítimas estáveis e instáveis. Dessa forma, estão sendo sistematizadas abordagens a cada situação específica, ainda que o tema permaneça controverso na literatura.

Palavras-chave: Lesões do Pescoço; Lesões do Pescoço/cirurgia; Vértebras Cervicais/lesões; Vértebras Cervicais/cirurgia; Emergências.

ABSTRACT

Trauma in cervical region goes on a detachment for its elevated complexity and morbidity, bestowing great relevance to the medical care of emergency services. Incidences in Brazil are similar between those caused by firearms or by cold steels. The highest risk group is that of adult young men, which reflects their greater exposure to situations of violence. Cervical trauma can be divided, based on: the injury's profundity; its location, whether anteroposterior or cephalo-caudal; plus there is a clinic differentiation between stable or instable victims. In this manner, approaches to each specific situation are being systematized, even though the topic remains controversial in medical literature among the world.

Key words: Neck Injuries; Neck Injuries/surgery; Cervical Vertebrae/injuries; Cervical Vertebrae/surgery; Emergencies.

INTRODUÇÃO

Os traumatismos da região cervical destacam-se por sua alta complexidade e elevada morbidade, conferindo grande relevância no atendimento nos serviços de emergência. Decorrem em 51% a 74% das vezes devido a ferimentos provocados por arma de fogo em países onde não há o controle efetivo sobre o porte e o uso dessas armas. Poucos estudos mostram predomínio de feridas por arma branca. No Brasil,

¹ Acadêmicos do 10º período do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG

Endereço para correspondência:
Av. Professor Alfredo Balena, 190
Belo Horizonte - MG - Brasil
Cep: 30130-100
E-mail: bruno.maciente@yahoo.com.br

existe incidência similar entre os ferimentos provocados pelas armas de fogo e branca.¹

Há predomínio acentuado de homens entre as vítimas (88% a 92%), e entre adultos jovens, por volta dos 28 anos, refletindo maior exposição a situações de violência por estes grupos.¹

Diante dessa evidência, é imprescindível estabelecer a abordagem adequada para o atendimento desse problema o que requer o conhecimento da anatomia e dos mecanismos de lesão que permitem determinar a conduta mais adequada para reduzir a morbimortalidade dos traumatismos cervicais.

CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES CERVICAIS

Os traumas cervicais podem ser divididos em: penetrante e não-penetrante. O trauma penetrante é aquele cuja lesão ultrapassa o músculo platísmo em profundidade. Requerem investigação especial devido à presença de importantes estruturas neurovasculares e do trato aerodigestivo profundamente ao platísmo, ao contrário daqueles que não o ultrapassam.²

A região cervical pode ser dividida anatomicamente em anterior e posterior, em três zonas cranio-caudais (I, II, III). A região anterior (ou triângulo anterior) é limitada pela borda inferior da mandíbula, pelo músculo esternocleidomastóideo e pela linha mediana anterior do pescoço. As estruturas mais comumente lesadas são os vasos sanguíneos, as vias aéreas e o esôfago. A região posterior (ou triângulo posterior) é limitada pela face superior da clavícula, pelo músculo trapézio e pelo esternocleidomastóideo. As lesões, nessa localização, têm melhor prognóstico, pois raramente afetam estruturas vasculares nobres ou o trato aerodigestivo.¹

As zonas I, II e III estão compreendidas, respectivamente, entre as clavículas e a cartilagem cricoide; a cartilagem cricoide e o ângulo da mandíbula; o ângulo da mandíbula e a mastóide.¹

Os traumas penetrantes da região cervical incidem com frequência decrescente as zonas II (47% a 82%), I (5% a 31%) e III (1% a 30%).¹

ABORDAGEM

O primeiro passo para nortear a conduta no trauma cervical penetrante é definir o grau de estabilidade do paciente.³

Paciente instável

Costuma ser aquele que perdeu quantidade considerável de sangue e cuja hemorragia possivelmente estará ativa. As causas menos comuns de instabilidade decorrem de lesões de laringe ou traqueia. É preciso estar atento para localizar o instrumento da lesão que pode estar alojado na região acometida.³

O atendimento inicial à vítima do trauma cervical penetrante requer avaliar a possibilidade de lesão da traqueia. Nesse caso, a via aérea definitiva só é obtida, com frequência, por meio cirúrgico (cricotireoidectomia de emergência seguida de traqueostomia). Nas lesões de traqueia inferior, a exploração cirúrgica urgente da lesão pode ser necessária para permitir sua estabilização. Deve-se dar atenção para a presença de possível lesão de ápice pulmonar e eventual pneumotórax hipertensivo, após a garantia de viabilidade da via aérea.³

O sangramento, como causa da instabilidade, em geral, decorre da lesão de vasos calibrosos cervicais como jugulares, carótídeos ou subclávios. O controle pode ser atingido por compressão local ou uso do balonete inflado do cateter de Foley. Não é recomendada a clampagem de vasos maiores na emergência, devido ao risco de promover lesões adicionais. Os hematomas não expansíveis, não devem ser abordados pelo risco de ressangramento. Na presença de choque, deve-se implementar terapêutica de ressuscitação volêmica.^{3,4}

As indicações da cervicotomia de urgência baseiam-se na presença de importante comprometimento hemodinâmico como grande hematoma expansivo, sangramento ativo intenso, choque não responsível a fluidos, pulsos radiais diminutos ou sopro na região.^{3,5}

Paciente estável

A conduta para vítima estável ainda é controversa. A exploração de todos os traumas penetrantes da região cervical era, no passado, a conduta mais realizada. Entretanto, nas últimas décadas, a evolução dos métodos propeidêuticos garantiu maior segurança da abordagem não cirúrgica.³

A exploração mandatória é indicada em relação à expectante, devido à mortalidade em decorrência do atraso do tratamento, da deteriorização do paciente

durante a propedêutica extensa e pela não identificação de lesões ocultas. A exploração mandatória, entretanto, está relacionada a índices elevados de cirurgia negativa (45%), contrapondo-se a 12% quando é instituída a exploração cirúrgica seletiva. Sabe-se também que a maioria dos pacientes com trauma cervical penetrante não precisa de cirurgia, podendo ser tratada conservadoramente sem complicações.^{3,6-8}

É possível obter menores índices de morbimortalidade quando o exame físico e a propedêutica complementar norteiam a conduta (cirúrgica ou conservadora), na abordagem seletiva da lesão. É controversa a definição das condições que determinam a indicação cirúrgica, estando a dúvida entre a suficiência do exame físico, ou da propedêutica complementar em certos casos. A angiografia e a endoscopia, independentemente do local da ferida, são defendidas como rotineiras sempre que a lesão estiver próxima do esôfago e de estruturas vasculares.^{1,3,6,9-15}

CONCLUSÃO

A abordagem do trauma cervical penetrante permanece assunto controverso. O primeiro passo do tratamento consiste na identificação da lesão, na inspeção da via aérea e na determinação da situação da hemodinâmica. A definição da presença da lesão cervical penetrante requer a identificação da anatomia da região e dos mecanismos de trauma sofridos. O paciente instável requer exploração cirúrgica mandatória e imediata da ferida. Entretanto, se estiver estável, não existem evidências que indiquem abordagem rotineira, indicando a avaliação de cada caso para estabelecimento da melhor conduta. A conduta expectante deve ter como benefício minimizar as cervicotomias exploradoras negativas.

REFERÊNCIAS

1. Von Bahten LC, Duda JR, Zanatta PDS, Morais AL, Silveira F, Olandoski M. Ferimentos cervicais: análise retrospectiva de 191 casos. *Rev Col Bras Cir.* 2003; 30(5):374-81. [cited 2010 Aug 31]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912003000500008&lng=en. doi:10.1590/S0100-69912003000500008.
2. Lourenção JL, Nahas SC, Margarido NF, Rodrigues Junior AJ, Birolini D. Ferimentos penetrantes cervicais: análise prospectiva de 53 casos. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo.* 1998; 53(5):234-41.
3. MacFarlane C, Benn CA. Penetrating neck injury: A review. *Trauma.* 2002; 4:79-90.
4. Gilroy D, Lakhoo M, Charalambides D, Demetriades D. Control of life-threatening haemorrhage from the neck: a new indication for balloon tamponade. *Injury.* 1992; 23: 557-9.
5. Demetriades D, Theodorou D, Cornwell E, Berne TV, Asensio J, Belzberg H, Velmahos G, Weaver F, Yellin A. Evaluation of penetrating injuries of the neck: a prospective study of 223 patients. *World J Surg.* 1997; 21:41-7.
6. Miller RH, Duplechain JK. Penetrating wounds of the neck. *Otolaryngol Clin North Am.* 1991; 24: 15-29.
7. Ngakane H, Muckart DJ, Luvuno FM. Penetrating visceral injuries of the neck: results of a conservative management policy. *Br J Surg.* 1990; 77:908-10.
8. Goldberg PA, Knottenbelt JD, van der Spuy JW. Penetrating neck wounds: is evidence of chest injury an indication for exploration? *Injury.* 1991; 22:7-8.
9. Mansour MA, Moore EE, Moore FA, Whitehill TA. Validating the selective management of penetrating neck wounds. *Am J Surg.* 1991; 162:517-20.
10. Luntz M, Nusem S, Kronenberg J. Management of penetrating wounds of the neck. *Eur Arch Oto-rhinolaryngol.* 1993; 250:369-74.
11. Roden DM, Pomerantz RA. Penetrating injuries to the neck: a safe, selective approach to management. *Am Surg.* 1993; 59:750-3.
12. Beitsch P, Weigelt JA, Flynn E, Easley S. Physical examination and arteriography in patients with penetrating zone II neck wounds. *Arch Surg.* 1994; 129:577-81.
13. Biffl WL, Moore EE, Rehse DH, Ofner PJ, Francoise RJ, Burch JM. Selective management of penetrating neck trauma based on cervical level of injury. *Am J Surg.* 1997; 174:678-82.
14. Klyachkin ML, Rohmiller M, Charash WE, Sloan DA, Kearney PA. Penetrating injuries of the neck: Selective management evolving. *Am Surg.* 1997; 63:189-94.
15. Apffelstaedt JP, Muller R. Results of mandatory exploration for penetrating neck trauma. *World J Surg.* 1994; 18:917-9.