

Lesão isolada de pâncreas secundária a trauma contuso

Isolated pancreatic injury due to blunt trauma

Débora Cristina Guerra Amaral¹, Fabiana Moraes Moreira¹, Gisele Alana de Freitas Duarte¹, Henrique Xavier de Miranda Capanema¹, Hugo Leonardo de Oliveira Farneti¹, Mariana Moura Quintão Silva¹, Nathália Teixeira Palla Braga¹, Rafaella Minucci Guimarães Lopes¹, Wilson Luiz Abrantes²

RESUMO

O trauma abdominal contuso raramente causa lesão isolada do pâncreas. O objetivo deste trabalho é relatar a abordagem de paciente com trauma contuso e lesão isolada do pâncreas com secção completa do ducto pancreático diagnosticada por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), e discutir sua dificuldade diagnóstica e as alternativas cirúrgicas para seu tratamento. Foi realizada pancreatectomia distal (corpo-cauda), esplenectomia total e jejunostomia com boa evolução.

Palavras-chave: Pâncreas/lesões; Contusões; Contusões/diagnóstico; Contusões/terapia; Pancreatectomia.

ABSTRACT

Blunt abdominal trauma rarely leads to pancreatic injury. Objective: This study aims to report a case of blunt abdominal trauma and isolated pancreatic injury with complete section of the pancreatic duct diagnosed by endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). Will be discussed diagnostic difficulties and surgical alternatives.

Key words: Pancreas/injuries; Contusions; Contusions/diagnosis; Contusions/therapy; Pancreatectomy.

INTRODUÇÃO

A lesão do pâncreas secundária ao trauma contuso é rara, principalmente quando ocorre lesão isolada do órgão com secção ductal.

A localização anatômica do pâncreas no retroperitônio, cruzando a coluna lombar, e sua localização retroperitoneal favorece, ao mesmo tempo, maior risco de lesão pela coluna que é mais rígida, e amortecimento da sintomatologia com dificuldade diagnóstica, respectivamente.¹

O resultado dessas interações é o diagnóstico tardio, e o agravamento das condições locais e sistêmicas.

Este trabalho objetiva relatar a evolução de paciente com lesão isolada de pâncreas, por trauma contuso, tratado por pancreatectomia distal (corpo caudal), com esplenectomia e jejunostomia.

¹ Acadêmicos do 10º Período do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 10º período.
² Orientador – Médico do Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Instituição:
Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves - UFMG

Endereço para correspondência:
Rua Tabelião Ferreira de Carvalho, nº 770 apt 01
Cidade Nova
Belo Horizonte, Minas Gerais.
CEP: 31170-180
Email: nathtpbbraga@gmail.com

RELATO DE CASO

Paciente com 24 anos de idade, sexo feminino, vítima de trauma contuso abdominal causado por queda de escada, aproximadamente 15 degraus. Apresentou dor abdominal, logo após o acidente, leve e difusa, com náusea, vômitos e intolerância alimentar. Houve intensificação da dor nas 10 horas que se seguiram ao trauma, levando a paciente ao Pronto Socorro do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em Belo Horizonte.

Apresentava-se, à admissão hospitalar, com dor abdominal difusa, em fincada, intensa e constante, identificada no andar superior à palpação; com abdômen distendido e timpânico. Foi submetida a tomografia computadorizada (TC) que evidenciou contusão de pâncreas, líquido peri-hepático, peripancreático, retrogástrico, e na goteira esquerda e cavidade pélvica. Foi identificada também distensão dos cólons ascendente e transverso.

Os exames laboratoriais revelaram: hemoglobina 12,1 g/dL; hematócrito 35%; leucócitos totais 15.100/mm³; plaquetas 257.000/mm³; amilase 1826 U/L (valor de referência: 22 a 80 U/L).

A paciente foi encaminhada, no dia seguinte, ao Hospital das Clínicas da UFMG para a realização de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE). A injeção de contraste demonstrou que o ducto pancreático principal apresentava aspecto habitual até a topografia do colo, onde se observou interrupção e escape maciço de contraste, impossibilitando a visualização do ducto corporal e caudal. Concluiu-se que houve ruptura total do ducto pancreático principal, sem possibilidade de tratamento endoscópico, compatível com lesão pancreática classe III (Figura 1).

Quando a paciente retornou ao HRTN, optou-se pela conduta cirúrgica. Quarenta e oito horas após o trauma, a paciente foi submetida à pancreatectomia distal (corpo caudal), esplenectomia total e jejunostomia; sem intercorrências.

Evoluiu com glicemias estáveis, amilase sérica em redução, alimentando-se pela jejunostomia por quatro dias, sem queixas, com bom controle da dor por analgésicos e em uso de antibiótico profilático.

O exame anatomopatológico evidenciou pancreatite aguda, com esteatonecrose em organização, baço com hematomas intraparenquimatosos e periesplenite aguda fibrino-purulenta, linfonodos com hiperplasia linfóide reacional.

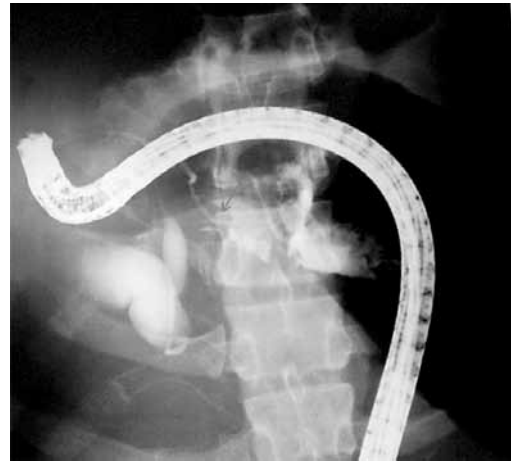


Figura 1 - Colangiopancreatografia Endoscópica Retrógrada (CPER) com interrupção e escape maciço de contraste, impossibilitando a visualização do ducto corporal e caudal.

Apresentou, no quarto dia de pós-operatório, taquipneia, e evolução nos dias subsequentes com diminuição de murmúrio vesicular em base pulmonar direita. À radiografia de tórax, mostrou condensação em base pulmonar direita com derrame pleural. Foi feita a administração de antibiótico venoso (levofloxacina) por três dias; e, depois, pela via oral. A alta hospitalar ocorreu dois dias depois, com previsão de retorno ambulatorial em 15 dias com prescrição de analgésico, antibiótico oral e vacinas.

DISCUSSÃO

A lesão do pâncreas pode ocorrer no trauma penetrante ou contuso. A lesão do órgão, em ambas as situações, associa-se, na maioria dos casos, com a lesão de outras estruturas (vísceras e vasos). A manifestação clínica decorrente das estruturas lesadas é responsável pela indicação de laparotomia na qual é identificada a lesão pancreática.

No trauma contuso com lesão isolada do órgão, o primeiro desafio é o diagnóstico.¹ No caso descrito, apesar da ruptura total do ducto pancreático, comprovada pela CPRE, houve dor leve a moderada, que fez a paciente procurar assistência médica dez horas após o acidente. Os fatores responsáveis pela discreta sintomatologia foram, provavelmente, o bloqueio pelo retroperitônio, baixo poder de irritação do tripsinogênio extravasado e o bloqueio funcional do órgão pelo trauma.¹

As lesões pancreáticas podem ser classificadas de acordo com a descrição da Tabela 1.^{2,3}

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

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

A abordagem do trauma pancreático depende de diversos fatores como a localização anatômica e o grau da lesão⁴, a coexistência de lesão em outros órgãos⁵, a estabilidade hemodinâmica do paciente e os recursos médico-hospitalares disponíveis.

As lesões grau I e II podem ser tratadas conservadoramente no trauma contuso. As lesões III e IV, na maioria dos casos, são tratadas cirurgicamente embora possa ser defensável a abordagem conservadora.^{6,7}

A lesão pancreática associada à de outras vísceras torna a irritação peritoneal exuberante, o que favorece a indicação precoce da laparotomia.

O aumento da amilase no trauma contuso não possui especificidade para o diagnóstico de trauma pancreático. Aumento leve ou moderado pode ocorrer, tanto nas lesões de vísceras ocas quanto no trauma do próprio pâncreas. O seu aumento ocorre, em mais de 80% dos casos, após três horas do trauma. A lesão pancreática está presente, em geral, quando o aumento é exorbitante, como observado neste relato.^{8,9}

A TC continua sendo a grande responsável pela revolução ocorrida no diagnóstico e terapêutica no trauma contuso.⁵ No presente caso, mostrou imagem sugestiva de ruptura completa do pâncreas com a presença de líquido peripancreático (Fig 1).

A CPRE deve sempre ser realizada no trauma abdominal contuso recente, quando há suspeita de lesão pancreática. Sua maior vantagem é a determinação precisa do grau e da extensão das lesões, principalmente a integridade anatômica ou não do ducto pancreático, dado fundamental para a escolha do procedimento cirúrgico. A colangiografia pode ser a alternativa à CPRE; contudo, o tempo exigido no preparo e na realização torna o procedimen-

to inadequado para a urgência. As principais desvantagens da CPRE são sua indisponibilidade na maioria dos centros de traumas e sua restrição ao paciente hemodinamicamente instável.¹⁰

Neste relato, o paciente era portador de lesão completa do ducto pancreático principal, no corpo da glândula (lesão grau III) (Fig 1) e foi submetido à pancreatectomia distal (corpo caldal), esplenectomia total e jejunostomia. A pancreatectomia distal no trauma pode ser realizada, habitualmente, sem esplenectomia e jejunostomia.¹¹ Neste caso, a existência de intensa reação inflamatória nos tecidos peripancreáticos tornou inviável a preservação do baço. A jejunostomia foi a via alternativa de alimentação diante da possibilidade de a reação inflamatória interferir com a nutrição do paciente.¹²

Deve-se realizar a imunização para *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* e *Haemophilus influenzae* tipo B quando a esplenectomia for inevitável. Deve ser realizada, preferencialmente, duas semanas antes da cirurgia, quando eletiva; ou, em caso de urgência, no 14º dia de pós-operatório¹¹

As principais complicações da pancreatectomia distal são: *diabetes mellitus* precoce (8% a 9%), fistula pancreática (5%), obstrução intestinal e sangramento pós-operatório (4%).^{3,9,13-15}

Neste caso, não houve complicação diretamente ligada ao procedimento cirúrgico, como fistula, hemorragia. No quinto dia, foi identificada a presença de condensação pulmonar à radiografia do tórax, abordada com a administração de antibióticos, com sucesso terapêutico.

REFERÊNCIAS

1. Thomas H, M Madanur, Bartlett A, G Marangoni, Heaton N, Real M. Trauma pancreático - 12 anos de experiência de um centro terciário. *Pâncreas*. 2009; 38: 113-6.
2. Moore EE, Cogbill TH, Malangoni MA Organ injury scaling, II: Pancreas, duodenum, small bowel, colon, and rectum. *J Trauma*. 1990; 30(11): 1427-9.
3. Von Bahten LC, 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; 31(5):332-7.
4. Smego DR, Richardson JD, Flint LM. Determinants of outcome in pancreatic trauma. *J Trauma* 1985; 25:771-6.
5. Miller PR, Croce MA, Bee TK, Malhotra AK, Fabian TC. Associated injuries in blunt solid organ trauma: implications for missed injury in nonoperative management. *J Trauma*. 2002; 53:238-44.

6. Farrell RJ, Krige JEJ, Bornman PC, Knottenbelt JD, Terblanche J. Operative strategies in pancreatic trauma. *Br J Surg.* 1996; 83: 934-7.
7. Mayer JM, Tomaczek R, Rau B, Gebhard F, Beger HG. Pancreatic injury in severe trauma: early diagnosis and therapy improve the outcome. *Dig Surg* 2002 no 19: 291–299.
8. Glancy KE: Review of pancreatic trauma. *West J Med.* 1989 July; 151:45-51.
9. Bradley EL, Young PR, Chang MC. Diagnosis and initial management of blunt pancreatic trauma: guidelines from a multiinstitutional review. *Ann Surg.* 1998; 227(6):861-9.
10. Wolf A, Bernhardt J, Patrzyk M, Heidecke CD. The value of endoscopic diagnosis and the treatment of pancreas injuries following blunt abdominal trauma. *Surg Endosc.* 2005; 19:665-9
11. Abrantes WL, Silva RCO, Riani EB, Freitas MAM. Preservação de baço na pancreatemia distal por trauma. *Rev Col Brás Cir.* 2002; 29: 83-87.
12. Takishima T, Sugimoto K, Hirata M, Asari Y, Ohwada T, Kakita A. Serum amylase level on admission in the diagnosis of blunt injury to the pancreas: its significance and limitations. *Ann Surg.* 1997 July; 226(1):70-6.
13. Shoup M, Brennan MF, McWhite K, Leung DH, Klimstra D, Conlon KC. The value of splenic preservation with distal pancreatectomy. *Arch Surg.* 2002; 137:164-8.
14. King J, Kazanjian K, Matsumoto J, Reber HA, Yeh MW, Hines OJ, Eibl G. Distal pancreatectomy: incidence of postoperative diabetes. *J Gastrointest Surg.* 2008 Sep; 12(9):1548-53
15. Lillemoe KD, Kaushal S, Cameron JL, Sohn TA, Pitt HA, Yeo CJ. Distal pancreatectomy: indications and outcomes in 235 patients. *Ann Surg.* 1999 May; 229(5):693-8; discussion 698-700.