

QUAL A CONDUTA NO TRAUMA ABDOMINAL FECHADO?

O trauma abdominal fechado (TAF) continua um desafio para o cirurgião geral. Com os novos métodos de diagnóstico de imagem e suporte intensivo abriu-se a possibilidade de tratamento conservador no TAF. No entanto, temos visto muita confusão quanto a melhor conduta em cada caso. Esse artigo visa criar um raciocínio lógico no atendimento desses doentes. Diversas situações poderão ocorrer nos pacientes vítimas de TAF.

Situação 1: paciente instável com lesões limitadas ao abdômen. Conduta: laparotomia exploradora.

Situação 2: paciente muito grave, instável, com lesões múltiplas e sem que se saiba se a lesão causadora da instabilidade hemodinâmica esta no abdômen. Conduta: lavado peritoneal ou ultra-som FAST.

Situação 3: paciente com lesões múltiplas, estável, cuja lesão abdominal se existir não constitui perigo de vida imediato. Conduta: TC abdômen para detectar lesão de vísceras sólidas e ou líquido livre na cavidade.

Situação 4: Paciente estável com líquido livre na cavidade abdominal e lesão de víscera sólida (fígado ou baço) demonstrado pela TC de abdômen. Conduta: pode-se tentar o tratamento conservador.

Situação 5: Paciente estável com líquido livre na cavidade e sem lesões de fígado ou baço na TC de abdômen. Conduta: laparotomia exploradora pois o líquido pode ser de meso ou por lesão de víscera oca.

Nos casos de tratamento conservador deve-se seguir a seguinte rotina:

1. Internação na UTI por pelo menos 48 horas.
2. Exames seriados de hematócrito e hemoglobina.
3. Seguimento rigoroso pela equipe de cirurgia e UTI dando especial atenção a episódios de instabilidade hemodinâmica o que indica a laparotomia exploradora.
4. O exame físico freqüente do abdômen é fundamental.
5. Após 48 horas de estabilidade o paciente é transferido para unidade semi-intensiva onde se inicia dieta VO e mantém-se repouso no leito.
6. No quinto dia o paciente pode ir para a enfermaria com repouso relativo no leito.
7. No oitavo ao décimo dia, recebe alta hospitalar com recomendação de evitar qualquer atividade física ou esportiva intensa ou de contato por três meses.

ELIAS JIRJOSS ILIAS

PAULO KASSAB

Referências

1. Hayt DB, Coimbra R, Potenza B. Tratamento do trauma agudo. In: Sabiston Jr DC. Tratado de cirurgia. 17ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. v.1, p.483-51.
2. Bowling W, Buchman TG. Traumatismo. In: Doherty GM, Lowney JK, Mason JE, Reznik SI, Smith MA, editors. Washington manual de cirurgia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. p.368-83.
3. Basile G, Chiarenza S, Di Mari P, Primus A, Boscarelli G, Buffone A, Cirino E. The treatment of blunt abdominal trauma. Personal experience. Ann Ital Chir. 2006;77(2):149-54.

4. Markogiannakis H, Sanidas E, Messaris E, Michalakis I, Kasotakis G, Melissas J, Tsiftsis D. Management of blunt hepatic and splenic trauma in a Greek level I trauma centre. Acta Chir Belg. 2006;106(5):566-71.