HOSPITAL DE CLÍNICAS DR. RADAMES NARDINI

RESIDÊNCIA MÉDICA PRÉ-REQUISITO EM ÁREA CIRÚRGICA BÁSICA

Rômulo Amorim de Oliveira

HEMATOMA INFECTADO EM TRAUMA ESPLÊNICO COM MANIFESTAÇÃO TARDIA: RELATO DE CASO

Mauá - São Paulo

2020

INTRODUÇÃO

O baço é um dos órgãos intra-abdominais mais comumente lesionados.[1] O diagnóstico e imediato controle da hemorragia são os principais objetivos iniciais já que o diagnóstico tardio de uma lesão esplênica contusa pode resultar em alta mortalidade (entre 7 e 18%).[1,2]

Pacientes hemodinamicamente estáveis, com lesões contundentes ou penetrantes de baixo grau (I a III), sem evidências de outras lesões intra-abdominais e sem extravasamento de contraste ou rubor pela tomografia computadorizada (TC), exame de escolha nestes casos, podem ser candidatos ao tratamento não operatório visando prevenir os riscos de complicações cirúrgicas e anestésicas bem como complicações infecciosas precoces e sepse pós-esplenectomia.[2]

Apesar de exame de escolha, a TC tem suas limitações à medida que pode subestimar o grau da lesão e não prediz desfechos como sangramento tardio ou abscesso subfrênico.[1] Não há consenso, inclusive, do papel da TC nos pacientes tratados com observação para detecção de lesão vascular esplênica retardada.[3]

Os principais riscos do tratamento não-operatório incluem a hemorragia tardia, infecções, necessidade de hemotransfusões e inobservância de lesões intra-abdominais associadas.[1] Os abscessos esplênicos são entidades raras cuja incidência não é totalmente clara.[4]

O tratamento não operatório, que abrange técnicas de observação e embolização, será bem sucedido à dependência da seleção adequada do paciente e da disponibilidade de recursos adequados na instituição, a qual deve suprir a necessidade de tratamento imediato, caso necessário, seja por arteriografia seja por cirurgia. [2]

MATERIAIS E MÉTODOS

Revisão de prontuário médico e literatura científica pertinente.

RELATO DE CASO

Paciente A.I.R., 66 anos, sexo masculino, residente no município de Mauá/SP, sem relato de comorbidades ou vícios, procurou o serviço de pronto-socorro no dia 20/01/2020 queixando-se de febre há 1 (um) mês associada a 1 (um) episódio de vômito, sem melhora mesmo após 4 (quatro) visitas à unidades de pronto atendimento (UPAs). Sem outras queixas clínicas ao primeiro atendimento, relatou queda da própria altura que ocorrera 4 (quatro) meses antes, ocasião na qual houve contusão em região abdominal.

Ao exame físico geral inicial não foram observadas alterações relevantes, exceto por estado febril. Apresentou exame de ultrassonografia (USG) abdominal total externa (imagem 1), datada de 14/01/2020, cujo laudo citava "baço com formação nodular heterogênea de contornos lobulados no terço médio/hilo, medindo 39 x 26 mm (lesão esplênica pós trauma?)".

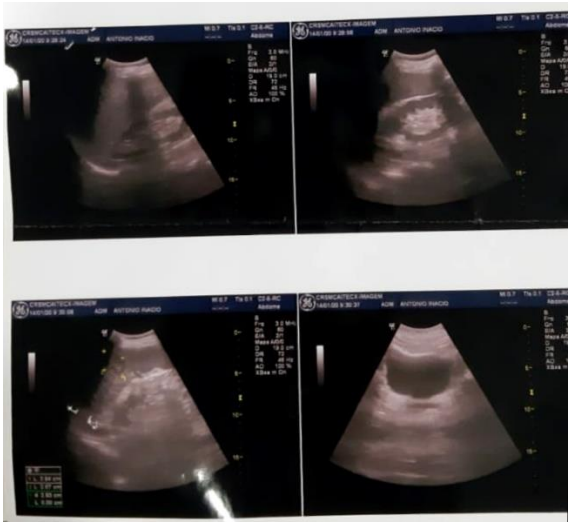

Imagem 1 - Imagem de ultrassonografia.

Foram solicitados exames laboratoriais e avaliação da equipe de Cirurgia Geral do hospital. Em posse dos exames laboratoriais de 21/01/2020 (Hemoglobina 9.8 g/dL, Leucócitos 31000/mm³, Bastões 13%, PCR 93.3 mg/dL e Lactato 24,5 mg/dL) foi solicitado exame de TC com contraste.

Após realização da TC (imagem 2), paciente evoluiu com quadro de sepse de foco abdominal sendo, pois, conduzido ao Centro cirúrgico (CC),

onde deu entrada com frequência cardíaca de 126 bpm, saturação periférica de oxigênio de 89%, pressão arterial de 84/56 mmHg, temperatura axilar de 36.5°C e confusão mental.

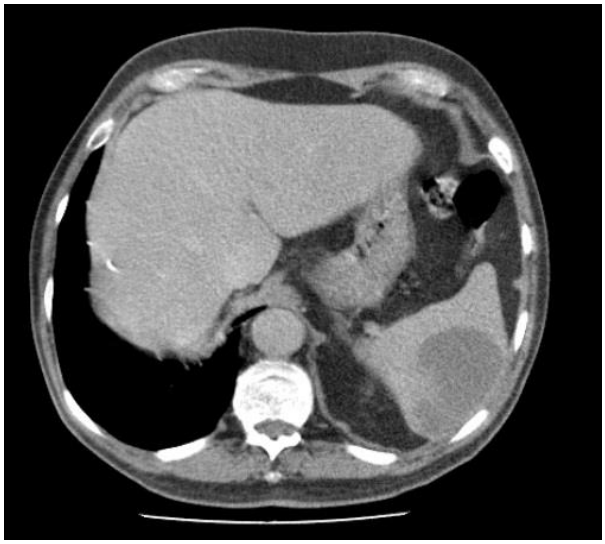

Imagem 2 – Tomografia de abdome com contraste

Ao inventário cirúrgico, foi identificado baço aumentado de volume e com aderências firmes à parede abdominal e diafragma. À tentativa de mobilização, houve rotura de hematoma esplênico com sangramento profuso o qual foi controlado após ligadura dos vasos no hilo esplênico, e demais vasos sangrantes, seguida de esplenectomia. Enviada peça para anatomopatológico (imagem 3) e coágulo de hematoma esplênico para cultura.

Imagem 3 - Produto de esplenectomia.

Durante ato cirúrgico o paciente evoluiu com bradicardia de 15 bpm, sem pulso, sendo iniciada ressuscitação cardiopulmonar com sucesso ao retorno da circulação espontânea após 1 (um) ciclo. Também foram transfundidos 1 (um)

concentrado de hemácias e 1 (um) concentrado de plasma fresco congelado durante ao ato.

O paciente foi encaminhado à Unidade de Terapia Intensiva, sem uso de drogas vasoativas, onde evoluiu com quadro de broncopneumonia e injúria renal aguda. A cultura do hematoma esplênico evidenciou *Escherichia coli* positivo para ESBL (betalactamase de espectro estendido).

Após antibioticoterapia oportuna, suporte clínico intensivo e nova intervenção cirúrgica em 14/02/2020 para ressutura de parede abdominal por evisceração, apresentou boa evolução pós-operatória sendo liberada a alta hospitalar, já com a devida imunização, para acompanhamento ambulatorial no dia 18/02/2020.

O laudo anatomopatológico da peça indicou rotura esplênica com hemorragia intraparenquimatosa.

DISCUSSÃO

O trauma esplênico, durante muitos anos tratado com exploração cirúrgica e esplenectomia, atualmente pode ser conduzido de maneira conservadora com altas taxas de sucesso.[2,3]

Estes pacientes que gozam de estabilidade hemodinâmica devem ser cuidadosamente selecionados, para que a opção pelo tratamento não operatório não reflita em aumento de morbimortalidade por complicações tardias.[1,3,4]Esta tentativa de salvar tecido esplênico funcional e evitar complicações infecciosas futuras deve ser feita consciente de que a competência imune após a lesão não parece depender do grau da lesão. [2]

É importante que o paciente conduzido de maneira conservadora seja devidamente acompanhado visando o sucesso terapêutico e minimizar riscos de complicações tardias.[1,2] A equipe médica e de enfermagem devem estar cientes da possibilidade de intervenção urgente/emergente em casos selecionados. [2]

Conforme levantado em revisão bibliográfica, a complicação infecciosa é um desfecho possível em pacientes de manejo não operatório do trauma esplênico.[1,2,4] Em nosso caso, um hematoma esplênico grau III (vide

classificação na tabela 1) infectado gerou um quadro séptico demandando intervenção imediata:

Tabela 1 – Classificação das lesões esplênicas

GRAU	TIPO DE LESÃO	DESCRIÇÃO DA LESÃO
I	Hematoma	Subcapsular<10% da superfície
	Laceração	Capsular <1cm profundidade do parênquima
II	Hematoma	Subcapsular, 10-50% da superfície; intraparenquimatoso, <5cm em diâmetro
	Laceração	Laceração capsular, 1-3cm profundidade no parênquima que não envolve vasos trabeculares
III	Hematoma	Subcapsular, >50% superfície ou em expansão; ruptura subcapsular ou hematoma parenquimatoso; hematoma intraparenquimatoso ≥ 5cm ou expandindo.
	Laceração	>3cm de profundidade ou envolvendo vasos trabeculares.
IV	Laceração	Laceração envolvendo vasos segmentares ou hilares produzindo desvascularização de >25% do baço.
V	Laceração	Baço pulverizado.
	Vascular	Lesão hilar com desvascularização esplênica.

Fonte: American Association for theSurgeryof Trauma – AAST.

O caso supracitado revela os principais vieses ainda presentes nas condutas não operatórias dos traumas esplênicos que são a falta de diagnóstico preciso e de seguimento adequado. O paciente não recebeu o diagnóstico adequado no momento oportuno e apresentou-se ao serviço já em fase avançada de complicação tardia. A evolução favorável deveu-se à rápida indicação cirúrgica e à antibioticoterapia pertinente guiada, quando foi disponibilizado, pelo antibiograma.

CONCLUSÃO

O baço é um órgão comumente lesionado nos traumas abdominais, portanto, o domínio da conduta não operatória, cada vez mais frequente com a disponibilidade da arteriografia e embolização, é mandatório para o êxito no tratamento. Estes pacientes, cuja seleção deve ser rigorosa e precisa, não podem ter seu diagnóstico retardado e não devem ter o seguimento perdido caso haja opção pelo tratamento conservador. É importante considerar uma padronização institucional no diagnóstico e na seleção dos pacientes para tratamento conservador, bem como o acesso a exame de imagem, sobretudo TC, para que o desfecho seja favorável. A literatura ainda não é unânime no que tange aos citados critérios de seleção e à metodologia de acompanhamento, o que denota a necessidade de mais estudos sobre o tema.

REFERÊNCIAS

[1] El-Matbouly M, Jabbour G, El-Menyar A, Peralta R, Abdelrahman H, Zarour A, Al-Hassani A, Al-Thani H. Blunt splenic trauma: Assessment, management and outcomes. In: *The surgeon*: Journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland. Ano 2015. Disponível em: www.sciencedirect.com. Acesso em: 02 de jul de 2020.

[2] Maung AA, Kaplan LJ, Bulger EM, Collins KA. *Management of splenic injury in the adult trauma pacient*. UpToDate. Ano 2019. Disponível em: www.uptodate.com. Acesso em: 02 de jul de 2020.

[3] Furlan A, Tublin ME, Rees MA, Nicholas DH, Sperry JL, Alarcon LH. Delayed splenic vascular injury after nonoperative management of blunt splenic trauma. *Journal of Surgical Research*. Ano 2016. Disponível em: www.sciencedirect.com. Acesso em: 02 de jul de 2020.

[4] Barron-Reyes JH, Chávez-Galván JC, Martínez-Peralta JA, López-Valdés, JC. *Rotura esplénica secundaria a abcseso, causa poco común de neumoperitoneo*. Reporte de un caso. Cirúrgia y Cirujanos. Vol 85, Supplement 1, December 2017, 62-67p. Disponível em: http://bases.bireme.br/. Acesso em: 02 de jul de 2020.