

Trauma Tóraco-Abdominal Contuso com Múltiplas Lesões, em um Acidente com Motocicleta: Um Relato de Caso Complexo na Emergência

Ana Paula de Carvalho Miranda Rosati Rocha ¹, Luís Fernando Rosati Rocha ^{2,*}, Marcos Alvin Abbade ³, Ana Luiza de Carvalho Miranda Rosati Rocha ⁴, Vinícius Alves Carneiro Lima ⁵

¹ Departamento de Radiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil.

² Departamento de Cirurgia Geral, Faculdade de Medicina, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Hospital Municipal Desembargador Leal Junior, Rio de Janeiro, Brasil.

⁴ Grupo Pardini, Rio de Janeiro, Brasil.

⁵ Faculdade de Medicina, Universidade Estácio de Sá – UNESA, Rio de Janeiro, Brasil.

* Correspondência: lfrosati@yahoo.com.br.

Citação: Rocha APCMR, Rocha LFR, Abbade MA, Rocha ALCMR, Lima VAC. Trauma Tóraco-Abdominal Contuso com Múltiplas Lesões, em um Acidente com Motocicleta: Um Relato de Caso Complexo na Emergência. 2025 Jan-Dec;05(1):bjcr48.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2025.5.1.bjcr48>

Recebido: 18 Novembro 2024

Aceito: 13 Dezembro 2024

Publicado: 23 Dezembro 2024



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

Resumo: Este relato descreve o caso de um homem de 53 anos, vítima de colisão entre motocicletas no município de Itaboraí, RJ, em agosto de 2024. O paciente foi admitido na emergência em choque hipovolêmico e submetido a reposição volêmica com 1000 ml de ringer lactato, apresentando melhora hemodinâmica. Exames iniciais revelaram hematócrito normal de 38% e hemoglobina de 12 mg/dl, mas, no segundo exame, o hematócrito caiu para 32%. A tomografia computadorizada (TC) com contraste venoso evidenciou lesões em órgãos sólidos, incluindo lesão renal grau IV e lesão esplênica grau III, além de fraturas de arcos costais e pequeno hemotórax à esquerda. Devido à estabilidade hemodinâmica do paciente e à ausência de sinais de irritação peritoneal, foi escolhido o tratamento não operatório (TNO), com internação na unidade de terapia intensiva (CTI) para monitoramento rigoroso. Este relato discute a importância da TC com contraste iodado no diagnóstico preciso das lesões e do monitoramento em CTI em casos de TNO para lesões complexas, destacando o papel crucial do cirurgião de trauma no acompanhamento do paciente.

Palavras-chave: Trauma Abdominal, Lesão Renal, Lesão Esplênica, Tratamento não Operatório, Contraste Iodado, Cirurgião de Trauma.

1. Introdução

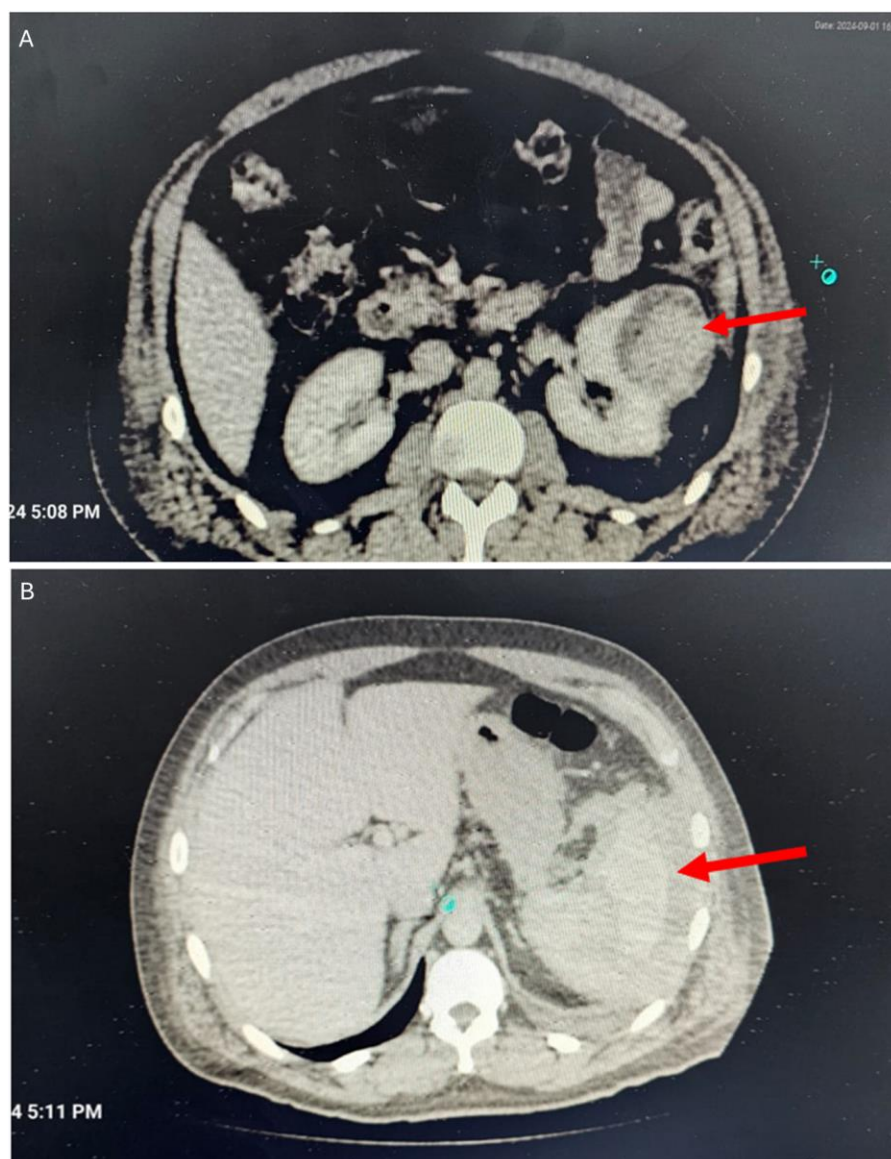
O trauma abdominal é uma condição frequentemente associada a lesões de órgãos sólidos, como rins e baço, especialmente em acidentes de alta energia. Estima-se que as lesões renais ocorram em cerca de 3-5% dos casos de trauma abdominal contuso e as lesões esplênicas em aproximadamente 25-30% [1, 2]. O tratamento inicial envolve estabilização hemodinâmica e avaliação por exames de imagem, sendo a tomografia computadorizada (TC) com contraste iodado o exame de escolha [3].

O contraste intravenoso é crucial para diferenciar áreas de sangramento ativo e identificar o grau de lesão, fundamental para decisões terapêuticas entre o tratamento não operatório (TNO) e a intervenção cirúrgica [4]. Exames laboratoriais, como hematócrito e hemoglobina, podem não refletir de imediato o sangramento interno, como observado neste caso, onde o hematócrito inicial de 38% caiu para 32% nas primeiras 24 horas.

2. Relato de Caso

Paciente masculino, 53 anos, vítima de colisão moto x moto em Itaboraí, RJ, foi admitido na emergência com pressão arterial de 90 x 60 mmHg e frequência cardíaca de 120 bpm. Recebeu 1000 ml de ringer lactato, estabilizando a pressão arterial para 110 x 70 mmHg e a frequência cardíaca para 110 bpm. Exame físico revelou dor torácica à esquerda, dor abdominal à palpação e crepitação torácica. O cateterismo vesical mostrou hematuria. Exames laboratoriais iniciais mostraram hematócrito de 38% e hemoglobina de 12 mg/dl. A TC com contraste iodado revelou lesão renal grau IV (Figura 1A), lesão esplênica grau III (Figura 1B), fraturas nas 9ª, 10ª e 11ª costelas esquerdas e pequeno hemotórax. Durante a internação, novas tomografias foram realizadas no segundo e sétimo dias devido à queda progressiva do hematócrito para 26% e hemoglobina para 9 mg/dl. A estabilidade hemodinâmica permitiu a manutenção do TNO, com alta após 10 dias.

Figura 1. A. Imagem DE Tomografia computadorizada mostrando lesão renal grau III. B. Corte de tomografia computadorizada, mostrando a lesão esplênica com sangue livre, periesplênico e a linha de fratura do baço, próximo ao hilo.



3. Discussão

O tratamento não operatório (TNO) é amplamente utilizado para lesões abdominais de órgãos sólidos em pacientes hemodinamicamente estáveis. Estudos indicam que o TNO é eficaz em mais de 80% dos casos de lesões esplênicas grau III ou inferiores e em cerca de 70% das lesões renais grau IV, desde que os pacientes sejam monitorados em ambiente hospitalar adequado [5, 6]. Neste caso, a TC com contraste foi essencial para confirmar a ausência de sangramento ativo e permitir o manejo conservador. A monitorização em CTI permitiu a detecção precoce de complicações, como hipotensão ou hemorragia tardia, garantindo intervenções imediatas quando necessárias [7]. Contraindicações ao TNO incluem instabilidade hemodinâmica persistente e sinais de peritonite [8].

A presença de um cirurgião de trauma foi determinante, permitindo avaliações clínicas e radiológicas frequentes. Essa abordagem multidisciplinar e o uso racional da TC foram cruciais para evitar uma laparotomia desnecessária e promover uma recuperação segura [9].

4. Conclusão

Este caso destaca a importância da TC com contraste no manejo de traumas abdominais complexos e do monitoramento em CTI para o sucesso do TNO. A experiência do cirurgião de trauma foi essencial para ajustar continuamente o plano terapêutico, reduzindo o risco de complicações e garantindo um desfecho favorável.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: Declaramos que o paciente aprovou o estudo assinando o termo de consentimento informado e que o estudo seguiu as diretrizes éticas estabelecidas pela Declaração de Helsinque.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referência

1. Brenner DJ, Hall EJ. Computed tomography – an increasing source of radiation exposure. *N Engl J Med*. 2007;357(22):2277-84.
2. Moore EE, Shackford SR, Pachter HL, et al. Organ injury scaling: spleen, liver, and kidney. *J Trauma*. 1989;29(12):1664-6.
3. Coimbra R, Hoyt DB, Potenza B, et al. Nonoperative management reduces the overall mortality of severely injured blunt trauma patients: a multi-institutional study. *Am Surg*. 2000;66(9):858-62.
4. Stassen NA, Bhullar I, Cheng JD, et al. Nonoperative management of blunt splenic injury: an Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guideline. *J Trauma Acute Care Surg*. 2012;73(5 Suppl 4):S293-8.
5. Velmahos GC, Toutouzas KG, Radin R, et al. Nonoperative treatment of blunt injury to solid abdominal organs: a prospective study. *Arch Surg*. 2003;138(5):504-8.
6. Malhotra AK, Fabian TC, Croce MA, et al. Blunt hepatic and splenic trauma: does timing of operation affect outcome? *Surgery*. 2000;128(4):665-70.
7. Peitzman AB, Heil B, Rivera L, et al. Blunt splenic injury in adults: multi-institutional study of the Eastern Association for the Surgery of Trauma. *J Trauma*. 2000;49(2):177-87.
8. Dawson J, Walters M, Dixon T, et al. Systemic complications and multi-organ failure following reperfusion injury in acute limb ischemia. *J Clin Med*. 2021;10(4):912.
9. Hess CN, Huang Z, Patel MR, et al. Acute Limb Ischemia in Peripheral Artery Disease: Insights from the EUCLID Trial. *Circulation*. 2019;140(7):556-65.