



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 43 • Dezembro 2017

ISSN 1646-6918

Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

Esplenectomia parcial em contexto de trauma abdominal

Partial splenectomy in blunt abdominal trauma

Clara Sampaio¹, João Aniceto¹, Luís Moniz², Francisco Oliveira Martins³

¹ Interno do Internato Complementar de Cirurgia Geral, ² Assistente Hospitalar Graduado de Cirurgia Geral,
³Assistente Graduado Sênior de Cirurgia Geral

Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar de Lisboa Central

RESUMO

O baço é o órgão intra-abdominal mais frequentemente afetado em contexto de trauma fechado¹. O diagnóstico clínico de traumatismo esplénico pode ser difícil, uma vez que 40% dos doentes podem não apresentar qualquer sinal ou sintoma na avaliação inicial. No presente artigo são apresentados dois casos de duas doentes do sexo feminino, 32 e 39 anos de idade, com lesão esplénica grau IV no contexto de traumatismo abdominal contuso cuja opção terapêutica foi a esplenectomia parcial.

Palavras chave: *traumatismo esplénico, esplenectomia parcial.*

ABSTRACT

The spleen is the most commonly injured intra-abdominal organ in blunt trauma¹. The diagnosis of splenic trauma can be delayed because 40% of patients can be asymptomatic in the initial evaluation. We present two cases of a 32 and 39-year-old women with a Grade IV splenic lesion for a blunt abdominal trauma. A partial splenectomy was performed in both cases.

Keywords: *splenic trauma, partial splenectomy.*

INTRODUÇÃO

O traumatismo esplénico pode decorrer de variados mecanismos, trauma fechado, trauma penetrante ou iatrogénico, sendo o primeiro o mais frequente.

A sua abordagem envolve duas estratégias principais: cirúrgica ou conservadora² com ou sem recorrência a angiografia/embolização. O tratamento cirúrgico diferido, por sua vez, é decorrente da falência da estratégia conservadora. A opção cirúrgica é, habitualmente, a esplenectomia total, no entanto, pode recorrer-se a técnicas conservadoras.

Descrevem-se, de seguida, dois casos de duas doentes do sexo feminino com traumatismo esplénico, submetidas a esplenectomia parcial em contexto de urgência.

Caso Clínico 1

Doente do sexo feminino, 32 anos, observada no Serviço de Urgência em contexto de queda accidental no domicílio com três horas de evolução. À entrada, referia náuseas, tonturas, letargia e dor ao nível do quadrante



superior esquerdo (QSE) do abdómen. O exame objetivo revelava palidez mucocutânea, hipotensão arterial (TA 90/70mmHg) associada a taquicárdia (frequência cardíaca de 120bpm) numa doente com visível ponto de aplicação ao nível do QSE do abdómen.

Foram iniciadas medidas de suporte, com resposta, e realizada Tomografia Computadorizada (TC) abdominal-pélvica: hemoperitoneu de volume moderado, perihepático, periesplénico, goteiras parietocólicas e pélvis. Baço globoso e heterogéneo, destacando-se área de hipodensidade irregular, posterior e interna, contactando com as faces hilar e diafragmática, em relação com laceração esplénica.

Perante evidência de traumatismo esplénico grau IV (Escala de Lesão Esplénica, *The American Association for the Surgery of Trauma*) (Fig. 1), foi realizada laparotomia supra-umbilical, aspirados 1500cc de sangue, feita mobilização esplénica, laqueação seletiva de ramos polares e esplenectomia polar superior. A hemostase do leito esplénico foi conseguida com cauterização e recurso a um *patch* selante de fibrina (*TachoSil*) (Fig. 1).

O pós-operatório evoluiu favoravelmente sem qualquer intercorrência e a histologia da peça operatória foi compatível com peça de esplenectomia com rutura parcial da cápsula e sinais de hemorragia recente subcapsular e intraparenquimatosa.

Caso Clínico 2

Doente do sexo feminino, 39 anos, observada no Serviço de Urgência em contexto de politrauma, na sequência de acidente de viação com capotamento e encarceramento. Ao exame objetivo apresentava-se vigil, orientada e colaborante, com ligeira palidez mucocutânea, hipotensão arterial (TA 77/52mmHg) sem taquicárdia associada (frequência cardíaca de 75bpm), pontos de aplicação na espinha ilíaca ântero-superior direita e crista ilíaca esquerda, ferida penetrante do cotovelo esquerdo com deformidade articular associada. Abdómen depressível e indolor à palpação de todos os quadrantes. Realizou eco-FAST, que não revelou líquido livre intra-abdominal.

Foram iniciadas medidas de suporte, com melhoria do perfil tensional e realizadas Tomografias Computadorizadas (TC) crânio-encefálica, coluna cervical, dorsal e lombar, toraco-abdomino-pélvica e membro superior esquerdo. Do estudo tomográfico efetuado destacam-se: discreta subluxação posterior de C1 sobre C2 à direita, sem compromisso mielo-radicular, foco de contusão pulmonar da base esquerda, sinais de rotura esplénica, com solução de continuidade anterior ao hilo, com hematoma peri-esplénico, de dimensões ligeiras, ligeira quantidade de líquido,



FIG. 1 – Lesão esplénica grau IV e leito esplénico após esplenectomia parcial



com distribuição peri-hepática, goteira parieto-cólica direita e cavidade pélvica, fratura cominutiva da epífise superior do úmero esquerdo. Fratura cominutiva da epífise superior da ulna esquerda, luxação anterior das articulações rádio-umeral e ulno-umeral.

Decidido tratamento conservador da lesão da coluna cervical.

Perante a estabilidade hemodinâmica foi submetida a redução e osteossíntese das fraturas do úmero proximal e olecrânio. Durante o procedimento cirúrgico, foi notória a descida da hemoglobina de 9 para 6.1 g/L com instabilidade hemodinâmica e foi repetido Eco-FAST, positivo para líquido livre intra-abdominal.

Procedeu-se a laparotomia mediana supra e infra-umbilical constatando-se hemoperitoneu moderado. Após mobilização esplênica e, na evidência de traumatismo esplênico grau IV (laceração do polo inferior com atingimento segmentar do hilo) com hemorragia ativa, foi realizada laqueação seletiva de ramos polares inferiores e esplenectomia polar inferior

(Fig. 2). A hemostase do leito esplênico foi eficaz com cauterização e *patch* selante de fibrina (TachoSil®).

O pós-operatório decorreu sem intercorrências, sendo a histologia da peça operatória compatível com parênquima esplênico com área de rotura da cápsula e hemorragia.

DISCUSSÃO

A melhor acuidade na caracterização das lesões pelos métodos imagiológicos, a capacidade de monitorização em unidades de alta dependência e a disponibilidade de Bloco Operatório proporcionaram uma mudança de estratégia no tratamento de lesões esplênicas. Desta forma há uma tentativa de evitar as complicações pós-operatórias inerentes à esplenectomia total que incluem atelectasia pulmonar, pneumonia, efusão pleural e o risco de sépsis fulminante pós-esplenectomia³.

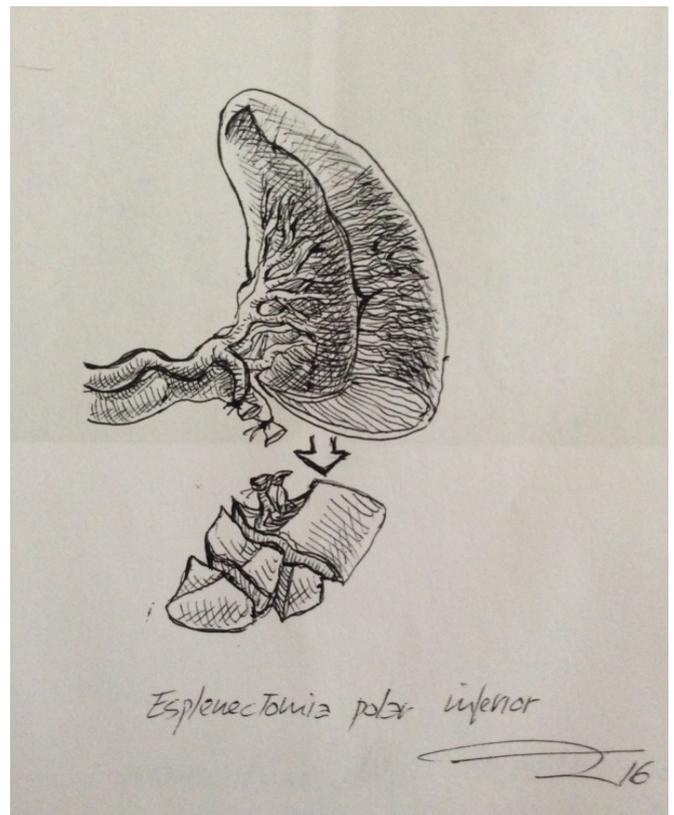
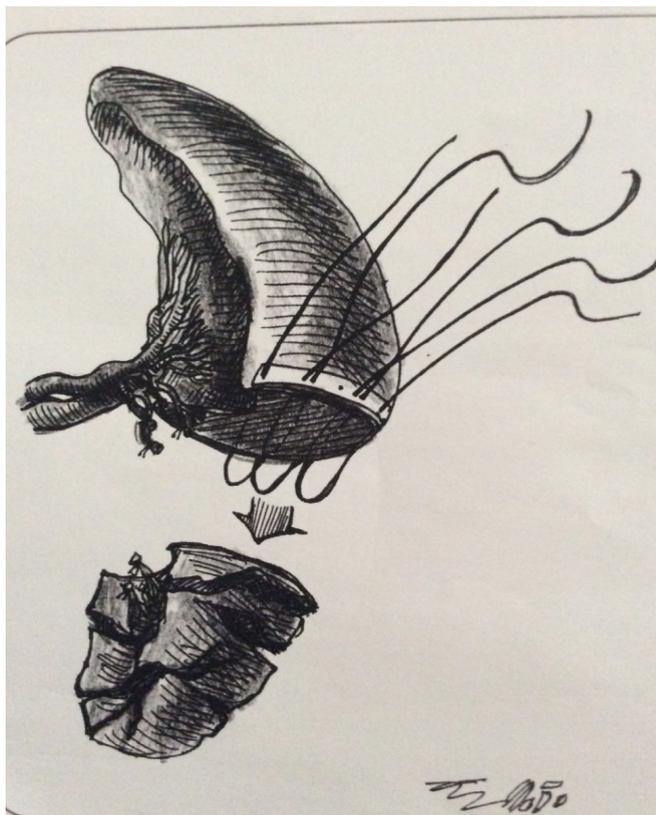


FIG. 2 – Lesão esplênica grau IV (polo inferior) e esplenectomia polar inferior



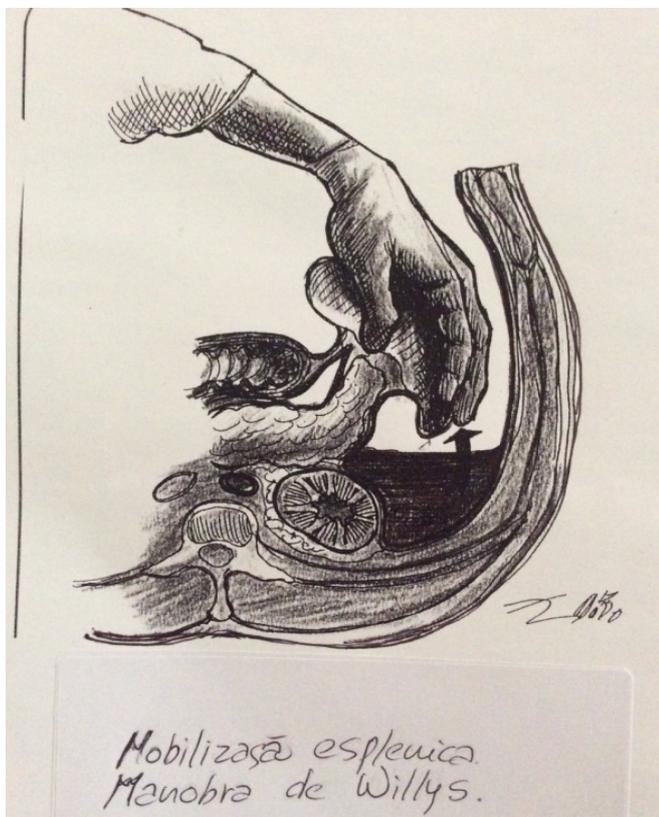


FIG. 3 – Mobilização esplênica

Apesar da abordagem não-cirúrgica do trauma esplênico estar a suplantar o tratamento cirúrgico³, doentes com choque persistente não devem ser eleitos para terapêutica não-cirúrgica com risco de falência da mesma, sendo a TC útil na seleção de doentes sem indicação para tratamento não-cirúrgico⁴.

A seleção de doentes para esplenectomia parcial é parâmetro de maior sucesso terapêutico devendo ter-se em consideração as condições globais e locais, bem como a ausência de outras lesões abdominais graves, sendo uma opção utilizada excecionalmente.

Relativamente à técnica cirúrgica, a mobilização adequada do baço é um passo fundamental (Fig. 3)

e a dificuldade major na execução da esplenectomia parcial decorre da abundante irrigação esplênica, do laborioso controlo hemorrágico e da existência de aderências à parede abdominal. No entanto, atendendo à distribuição radiária segmentar da vascularização esplênica⁵ é possível, de forma segura, após controlo vascular seletivo proceder à esplenectomia parcial.

A hemostase pode obter-se de uma eficaz cauterização do leito esplênico e a posterior utilização de agentes hemostáticos, estando também descritas outras técnicas como a aposição dos bordos esplênicos com sutura absorvível.

CONCLUSÕES

O tratamento ótimo no traumatismo esplênico continua a ser um tema controverso. Se a esplenectomia total era a opção standard, a evolução dos meios de imagem e a possibilidade de monitorização possibilitaram uma mudança de estratégia. As taxas de sucesso do tratamento conservador aumentaram notoriamente e o tratamento cirúrgico conservador ou tratamento cirúrgico diferido não são fatores de aumento de morbilidade. Existe consenso no caso de doentes hemodinamicamente instáveis sendo maior a controvérsia na presença de estabilidade hemodinâmica. A adoção de estratégias conservadoras dependerá de fatores inerentes ao doente, à equipa cirúrgica e aos meios disponíveis. É importante, desta forma, a implementação de protocolos de abordagem e de monitorização no traumatismo esplênico a nível hospitalar. Com base na literatura existente foi elaborado e proposto o diagrama “Linhas de orientação no traumatismo esplênico” (Fig. 4).



LINHAS DE ORIENTAÇÃO NO TRAUMATISMO ESPLÊNICO

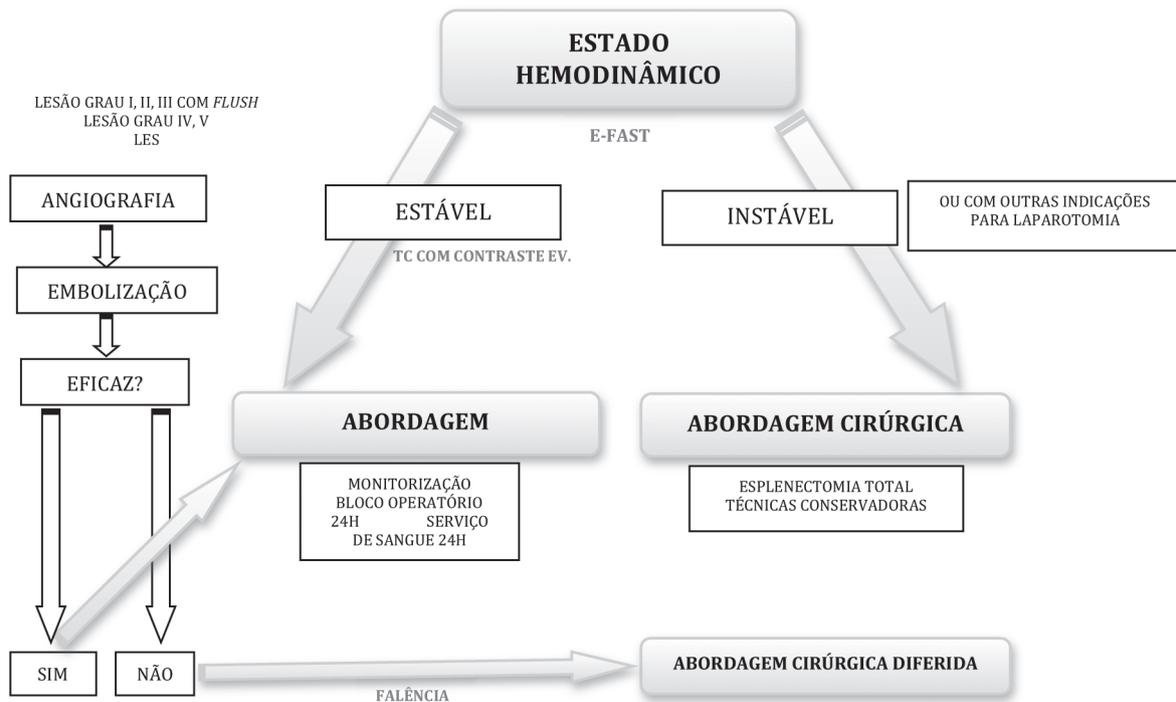


FIG. 4 – Linhas de orientação no traumatismo esplênico

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Olthof DC, van der Vlies CH, Joosse P, et al. PYTHIA Collaboration Group: Consensus strategies for the nonoperative management of patients with blunt splenic injury: A Delphi study. *J Trauma Acute Care Surg* 2013, 74:1567–1574.
2. Rosati C, Ata A, Siskin G, Megna D, Bonville D, Stain S. Management of splenic trauma: a single institution's 8-year experience. *The American Journal of Surgery* 2015, 209: 308-314.
3. Demetriades D, Scalea TM, Degiannis E, et al: Blunt splenic trauma: Splenectomy increases early infectious complications: A prospective multicenter study. *J Trauma Acute Care Surg* 2012, 72:229–234.
4. Moore FA, Davis JW, Moore EE, Jr, et al: Western Trauma Association (WTA) critical decisions in trauma: Management of adult blunt splenic trauma. *J Trauma* 2008, 65:1007–1011.
5. Esperança Pina SA, Territórios arteriais esplênicos. Universidade Nova de Lisboa 1979.

Correspondência:

CLARA MARGARIDA FREITAS FONSECA SAMPAIO
e-mail: claramffsampaio@gmail.com

Data de recepção do artigo:

20/09/2016

Data de aceitação do artigo:

01/01/2018



