

INDICAÇÃO DE LAPAROTOMIA EM TRAUMA ABDOMINAL FECHADO

EXPLORATORY LAPAROTOMY IN BLUNT ABDOMINAL TRAUMA

YASSER URIS VASCONCELOS E PAIVA¹, HÉLCIO KAZUHIRO WATANABE²

1. Médico Residente de Cirurgia Geral da Associação Norte Paranaense de Combate ao Câncer; 2. Médico, Coordenador de Residência Cirurgia Geral da Associação Norte Paranaense de Combate ao Câncer.

* PR 218 Km 01, Jardim Universitário, Arapongas, Paraná, Brasil. CEP: 86702-000 biblioteca@hospitaljoaodefretas.com.br

Recebido em 21/09/2015. Aceito para publicação em 25/11/2015

RESUMO

A correta indicação de Laparotomia em pacientes com trauma abdominal fechado tem sido um dos grandes desafios da medicina moderna, uma vez que métodos diagnósticos cada vez mais apurados tem permitido um acompanhamento mais seguro e um melhor resultado no transcorrer do caso.

PALAVRAS-CHAVE: Laparotomia, Trauma abdominal fechado, medicina.

ABSTRACT

The correct indication of laparotomy in patients with blunt abdominal trauma has been a major challenge of modern medicine, since diagnostic methods increasingly established has allowed a more secure monitoring and a better result in the course of the case.

KEYWORDS: Laparotomy, blunt abdominal trauma, medicine.

1. INTRODUÇÃO

A incidência de traumatismo é uma realidade crescente nos dias de hoje, e muitas vezes difícil de ser conduzido, já que não existem padrões definidos ou previsíveis dentro do trauma, e se não for bem conduzido cada caso, eleva-se o índice de mortalidade. Percebemos ao longo do nosso processo acadêmico como residente em cirurgia geral, que ainda existem alguns desafios na conduta com a paciente vítima de trauma abdominal, talvez por uma falta de protocolo, nota-se que é necessário esclarecimentos no diagnóstico e conduta no trauma abdominal.

Os traumas abdominais podem ser classificados de acordo com o mecanismo da lesão como trauma penetrante, geralmente causado por arma de fogo ou arma branca e o trauma fechado, também chamado de trauma

contuso. Dentro destes dois grandes grupos haverá uma diversidade de agentes causadores, como acidentes automobilísticos, quedas, agressões, atropelamentos, entre outros.

As lesões viscerais traumáticas podem ser complexas e provocar um desequilíbrio na homeostase, sendo a hemorragia é a mais importante causa de morte nas primeiras horas após o trauma, e principalmente os traumas abdominais, pelas proporções do abdome e pelos órgãos e vasos que ele abriga. E muitas vezes essas fontes de sangramentos, por não serem visualizadas, são de difícil diagnóstico.

Outro fator agravante no trauma abdominal é o intervalo de tempo entre a agressão e o início do tratamento efetivo, muitas vezes estendido pela demora ou dificuldade no diagnóstico.

Tivemos por objeto de estudo as indicações de laparotomia em vítimas de trauma abdominal.

Para nortear este estudo, fizemos as seguintes questões:

- O que a literatura fala sobre o diagnóstico e terapêutica nos pacientes vítimas de trauma abdominal fechado?
- Encaminha-se todo paciente vítima de trauma abdominal fechado para laparotomia exploradora?

Assim, nossos objetivos foram: revisar os artigos científicos atuais que falam sobre o manejo dos pacientes vítimas de trauma abdominal fechado com indicação de laparotomia.

Este estudo contribuirá para melhor esclarecimento na conduta e terapêutica no paciente vítima de trauma abdominal fechado, e quando realmente é indicada a laparotomia. Será um subsídio para novas pesquisas visto que ainda são poucos os artigos falando sobre o assunto. Além de apresentar grande relevância para o profissional médico reavaliar sua conduta diante do paciente vítima de trauma abdominal, afim de que esteja atento a sintomas que fogem da normalidade, preservando assim a manutenção das funções vitais após eventos traumáticos.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A análise da revisão bibliográfica ocorreu de setembro de 2013 a abril de 2014, a partir das seguintes bases de dados: artigos científicos pesquisados no banco de dados da BVS – Biblioteca Virtual em Saúde, publicados no período de 2003 a 2013. Os seguintes descritores foram utilizados nesta busca: Trauma fechado de abdome e Trauma abdominal fechado e Laparotomia exploradora.

Encontramos ao todo 17 artigos na BVS referentes à Trauma Abdominal Fechado, dos quais 3 encontravam-se na língua inglesa, o restante em português. Entretanto, não encontramos nenhum artigo que especificasse as indicações de laparotomia no trauma fechado de abdome, por isso ampliamos os descritores, acrescentando Laparotomia Exploradora. Com a ampliação dos descritores encontramos 132 artigos, porém, após uma primeira análise dos títulos e conteúdos dos respectivos resumos, selecionamos apenas quatro para leitura integral, pois abordavam temas sobre laparotomia em vítimas de trauma, um encontrava-se em espanhol e os demais em português.

Foi realizada uma leitura minuciosa dos 21 artigos a fim de não serem perdidos aspectos importantes para o enriquecimento do estudo e confecção da redação da pesquisa final. Após a leitura foram selecionados apenas 14 artigos, porque tinham relação com os objetivos propostos para este estudo. A análise foi baseada nestes 14 artigos eletrônicos, através de leitura exploratória, elaboração de fichamentos, classificação temática e análise crítica do material coletado, o que nos ajudou na elaboração do texto final.

3. DESENVOLVIMENTO

Diagnóstico clínico

O diagnóstico de trauma abdominal contuso é o resultado final de uma investigação abrangente e não um pressuposto inicial, visto que é impossível descrever um quadro clínico típico, pois são vários os fatores envolvidos, portanto o diagnóstico de trauma abdominal só poderá ser feito após uma avaliação global, pois o trauma pode ser isolado ou associado à lesão de outro segmento corpóreo, até que se prove o contrário, considera-se todo traumatizado um politraumatizado.

As informações prestadas pelo paciente nem sempre são fidedignas já que sofreu um trauma e pode ter alteração do nível de consciência, além de que este paciente pode estar sob efeito de alguma droga lícita ou ilícita ou ainda dependendo das circunstâncias de como ocorreu o trauma pode querer omitir algo. Sendo assim, a princípio o que resta é um bom exame clínico, ressaltando alguns pontos a serem observados como distensão abdominal, sinais de irritação peritoneal e ausência de ruídos hidro-

aéreos.

É de grande importância ressaltar que o exame físico deve ser repetido em curtos intervalos de tempo confirmando assim os dados obtidos, essencial também é a realização de exames complementares como lavagem peritoneal diagnóstica, ultrassom e tomografia computadorizada. Portanto, não se pode descartar o diagnóstico de trauma abdominal com apenas um exame físico, mas sim várias reavaliações e a realização dos exames que estiverem ao alcance.

Tratamento do trauma abdominal – Indicação cirúrgica

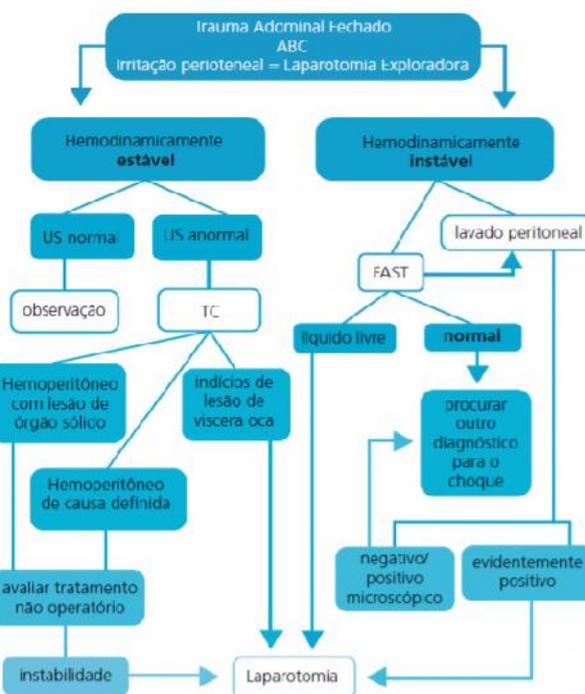


Figura 1. Fluxograma de condutas para indicação ou não de um procedimento cirúrgico de urgência. SABISTON tratado de cirurgia geral

Em princípio, o doente deve sempre ser avaliado e tratado conforme os princípios do Suporte Avançado de Vida em Trauma (SAVT/ATLS). Em seguida sim, o objetivo será determinar se há ou não indicação de um procedimento cirúrgico de urgência.

A indicação cirúrgica no trauma abdominal fechado resulta de um somatório de fatores: a gravidade das repercussões sistêmicas do trauma, a possibilidade de controlá-las sem recorrer a uma intervenção, a natureza e extensão das lesões viscerais e a disponibilidade de recursos diagnósticos para uma avaliação completa. Todas estas condições afetarão na tomada de decisão, mas em especial as condições hemodinâmicas orientarão na conduta diagnóstica e terapêutica, é o que podemos observar no algoritmo a seguir, que foi retirado de um protocolo de atendimento.

Nos pacientes hemodinamicamente estáveis e sem alteração do nível de consciência deve-se considerar a observação, principalmente a reação à palpação abdominal, caso contrário deve-se realizar a tomografia que poderá mostrar possíveis lesões nas vísceras. Caso o paciente esteja instável e sem alteração do nível de consciência, havendo sangramento intra-abdominal, este irá manifestar-se sob a forma de dor abdominal e irritação peritoneal e a laparotomia estará indicada.

Há casos em que as repercussões hemodinâmicas são tão graves, devido a perdas de grande volume sanguíneo, que a correção das lesões viscerais é inevitável e se torna prioridade. Nessas circunstâncias, a abordagem clássica de reposição volêmica não somente é inócua, como também pode resultar em perdas cada vez maiores de sangue, levando à hipoxemia tecidual, acidose e mais tarde em hipotermia e coagulopatia.

Em situações como esta será adotado o “controle de danos”, essa abordagem consiste em identificar precocemente os doentes que necessitam ser levados imediatamente para sala cirúrgica, são submetidos à laparotomia a fim de proceder a manobras de hemostasia, geralmente por tamponamento, de controle vascular, por ligadura ou shunt temporário, limpeza mecânica e controle de perdas gastrointestinais por ligadura ou grampeamento intestinal.

Análise dos dados

Através do estudo dos artigos científicos eletrônicos, discutimos aqui questões referentes aos nossos objetivos propostos inicialmente.

Para proceder à análise, selecionamos os textos buscando classificá-los em categorias de discussão. Construímos alguns eixos norteadores para esta análise: Fatores indicativos de trauma abdominal, exames diagnósticos para identificação de lesões abdominais, lesões abdominais mais comuns (órgãos abdominais normalmente lesados) e indicações de laparotomia. Dentre os 14 artigos utilizados para esta análise, a grande maioria dos estudos (08 estudos) tratava sobre as lesões abdominais mais comuns após trauma ou falavam especificamente de algum órgão abdominal comumente atingindo nos traumas de abdome. Apenas 01 artigo abordava diretamente sobre os sintomas indicativos de trauma abdominal e 05 sobre laparotomia, sendo que estes 05 artigos além de serem poucos ainda se detiveram a falar mais sobre laparoscopia.

Fatores indicativos de trauma abdominal

As lesões abdominais muitas vezes podem passar despercebidas em um momento inicial, muitas complicações e até mesmo a morte decorrente desta falta ou falha de diagnóstico poderia ser evitada mediante o diagnóstico e tratamento precoce. Em um estudo recente, foram avaliados 3783 vítimas de trauma fechado, dos

doentes que tiveram lesões abdominais foi observado que 54 (41,5%) apresentavam exame físico abdominal normal à admissão, sendo apenas seis doentes os que apresentavam sinais francos de peritonite ao exame físico¹, isso nos deixa claro que em muitos momentos a avaliação inicial pode enganar um exame físico normal não descarta a possibilidade de lesão abdominal, sendo imprescindível a reavaliação das vítimas e muitas vezes exames complementares, pois tanto a história clínica, como exame físico e os exames complementares podem apresentar resultados falso-negativos.

Dentre os fatores claramente associados às lesões abdominais em vítimas de trauma fechado destacam-se alguns fatores preditivos: o mecanismo de trauma, a instabilidade hemodinâmica, alterações do nível de consciência e presença de lesões graves em crânio, tórax ou em extremidades, bem como, fratura de pelve e ossos longos, ressalta que a presença de fratura pélvica é o fator isolado que aparece mais frequentemente como preditivo de lesões abdominais¹.

Exames diagnósticos para identificação de trauma abdominal

A avaliação objetiva do abdome por métodos de imagens torna-se necessária em um grande número de doentes, em vítimas de trauma fechado, a avaliação abdominal não deve ser baseada em apenas um exame complementar, mas sim no somatório de várias informações de exame físico, mecanismo de trauma, exames laboratoriais e de imagem.

O exame ultrassonográfico completo do abdome é comumente utilizado nos pacientes estáveis hemodinamicamente, este exame detecta primariamente a existência de líquido livre intracavitário e lesões mais grosseiras em vísceras parenquimatosas², “sua acurácia está entre 60% a 80%, não sendo suficiente para descartar a presença de lesões abdominais, o resultado pode ser comprometido por fatores como pequeno volume de líquido intracavitário, presença de lesões retroperitoneais, interposição gasosa e obesidade”¹. Nos pacientes instáveis hemodinamicamente pode ser realizado o *Focused Assessment Sonography* (FAST) que é o exame ultrassonográfico realizado na própria sala de emergência, porém é um exame limitado quando se fala em baixo volume de hemoperitônio presente no momento do exame, além de ser também examinador dependente, é preciso um examinador experiente¹.

O lavado peritoneal diagnóstico apesar de possuir elevada sensibilidade na detecção de hemoperitônio e de conteúdo intestinal perde em especificidade por não apontar se um sangramento está ativo e qual o sítio da lesão, além de ser invasivo também, está indicado nos pacientes instáveis, nos pacientes estáveis apenas na impossibilidade de se realizar a USG ou TC².

O Exame de maior acurácia para o diagnóstico de lesões abdominais, é a tomografia computadorizada (TC)¹, acrescenta que “os sinais de lesões em vísceras ocas podem ser muito sutis ou ausentes, mesmo nos melhores equipamentos”¹. Alguns autores também abordam os pontos negativos da TC, como a necessidade de administração endovenosa de contraste iodado que pode levar a uma reação anafilática (aproximadamente 1:1000 casos) e exposição à radiação, que pode ser associado ao surgimento de neoplasias em longo prazo¹. O tempo necessário para a realização do exame o torna inviável em pacientes com choque hipovolêmico². Acrescentamos também que a tomografia é um exame de alto custo que nem sempre está disponível, além da dificuldade de locomover o doente até a sala de exame, sendo assim relevante sabermos as reais indicações deste exame. Apresenta como indicações de tomografia: os pacientes estáveis hemodinamicamente que apresentassem concomitantemente sinais de deterioração neurológica (escala de coma de Glasgow menor que 8, anisocoria, fratura exposta de crânio), exame físico abdominal anormal, fratura de bacia, coluna lombar ou extremidades, excesso de base menor que -3mEq/L à gasometria arterial, anormalidades à radiografia de tórax, bacia, coluna, ou FAST positivo¹. Apesar da tomografia computadorizada ser um método sensível, é recomendado repetir o exame após 8 a 12 horas, eliminando assim dúvidas no diagnóstico e evitando laparotomia não terapêutica e de diagnóstico tardio em casos suspeitos de lesão³.

Existem muitos exames que podem estar auxiliando no diagnóstico e conduta no trauma abdominal fechado, sendo necessário compreender qual exame será o mais indicado em cada situação, porém em muitos momentos é possível que a indisponibilidade destes exames complementares e de imagens rápidos e precisos acabe levando a indicações desnecessárias de laparotomia exploradora.

Dificuldades diagnósticas

Existe uma gama muito grande de fatores que podem interferir no diagnóstico das lesões abdominais como a diminuição do nível de consciência e a associação de outras lesões concomitantes.

Segundo um estudo baseado em vítimas de trauma fechado foi observado que as lesões abdominais foram mais frequentes nas vítimas que também apresentaram fraturas em membros, que são justamente os doentes com lesões “distrativas”, que necessitam de analgésicos que mascaram o exame físico abdominal¹. Outro ponto

também destacado é a dificuldade no diagnóstico de lesões abdominais e que os doentes com fraturas expostas são, em geral, candidatos a tratamento operatório, ficando a distancia da supervisão do cirurgião geral.

Alguns fatores que dificultam o diagnóstico de lesão abdominal na prática clínica é o fato de as lesões abdominais serem mais frequentes justamente nas situações de maior risco de passarem despercebidas, como “na diminuição de nível de consciência, trauma cranioencefálico grave, necessidade de intubação orotraqueal, necessidade de uso de analgésicos ou mesmo na necessidade de tratamento operatório por fraturas em extremidades”¹.

Há várias situações que dificultam o diagnóstico de lesões abdominais, sendo assim o exame físico não pode ser confiável pela presença de trauma múltiplo ou mesmo a própria alteração de consciência. Especialmente com os traumas cranioencefálicos grave, como não há nível neurológico adequado, o exame físico abdominal fica prejudicado e lesões graves podem passar despercebidas.

Tabela 1 - Lesões abdominais identificadas por laparotomia e/ou tomografia computadorizada em vítimas de trauma fechado.

| Órgão lesado | Número | Porcentagem dos doentes com lesão abdominal |
|----------------------|--------|---|
| Baço | 42 | 32,3% |
| Fígado | 42 | 32,3% |
| Rim | 18 | 13,8% |
| Intestino delgado | 8 | 6,1% |
| Lesões de mesentério | 8 | 6,1% |
| Bexiga/ uretra | 5 | 3,8% |
| Colon | 3 | 2,3% |
| Pâncreas | 1 | 0,7% |
| Vasos maiores | 3 | 2,3% |
| Estômago | 1 | 0,7% |
| Ureter | 1 | 0,7% |
| Diafragma | 2 | 1,5% |

Fonte: Farrath (2012)⁷

Órgãos abdominais mais acometidos

As lesões abdominais estão presentes em aproximadamente 2% a 3% das vítimas de trauma fechado. Dentre os órgãos abdominais mais atingidos nos traumas abdominais, o baço é o órgão mais atingido, seguido pelo fígado, rim, intestino delgado, lesões do mesentérico, bexiga/uretra, cólon e pâncreas¹, esta mesma ordem, foi apresentada por outros autores, são poucas as variações

de resultados⁴, em um dos estudos, a incidência de lesão de intestino delgado ficou como a víscera mais frequentemente lesada nos traumas abdominais⁵, outros porém nos mostra o intestino delgado como segunda víscera mais lesada⁶.

Pode haver fratura de costelas em aproximadamente 10% dos pacientes vítimas de trauma fechado, e a fratura de arcos costais baixos (9 a 12) comumente está associada a lesões de órgãos como baço, fígado e rins³.

Lesão hepática ocorre em 20% dos pacientes vítimas de trauma contuso, por ser o maior órgão parenquimatoso do abdome e estar protegido apenas pelo gradil costal

à direita, está mais susceptível aos traumas tanto contuso como também traumas penetrantes da cavidade peritoneal⁴. Ao analisar o prontuário de 2.922 vítimas de trauma que tiveram intervenção cirúrgica (78% foram laparotomias), observou que em 638 casos (28%), foram encontradas lesões hepáticas, isoladas ou associadas a outras lesões. Sendo importante ressaltar também que houve uma maior mortalidade nos traumas fechados, não só pela tendência da lesão hepática ser mais grave, mas também e principalmente pela maior presença e gravidade de lesões associadas⁸.

A lesão pancreática é pouco frequente após traumas abdominais, sua localização retroperitoneal não só o protege, mas também minimiza os sinais e sintomas de tais lesões. As lesões pancreáticas só foram identificadas durante a laparotomia exploradora, indicada em decorrência de outras lesões³.

O fato de analisarmos os órgãos abdominais mais atingidos pode nos direcionar para um atendimento mais específico e assim obter um resultado com maior índice de sucesso.

Indicações de laparotomia

Dentre os artigos analisados tivemos dificuldades em encontrar autores que tratassem especificamente sobre a laparotomia exploradora no trauma abdominal. Não encontramos estudos que mostrassem claramente quando se deve encaminhar para laparotomia, o único consenso é que deve encaminhar os hemodinamicamente instáveis de origem abdominal ou com sinais de peritonite², os trabalhos publicados tendem a falar mais sobre a laparoscopia, mas percebemos que alguns casos, como o de ruptura de vesícula biliar⁹, só pode ser identificada durante uma laparotomia, quando não se realiza a laparotomia, pode haver um intervalo de 1 a 6 semanas até que seja diagnosticado, o que pode muitas vezes causar danos maiores ao paciente. O que nos permite afirmar que apesar de bem sucedidos na maioria dos casos, o tratamento não operatório falha em algumas ocasiões e os pacientes necessitam de medidas mais agressivas e invasivas para controle.

Na laparoscopia é necessário anestesia geral e insuflação da cavidade para visualizar o conteúdo abdominal, permitindo o exame das estruturas de um modo minimamente invasivo, desta forma o colo pode ser mobilizado e o omento menor inspecionado, sangue pode ser aspirado, secreção gastrointestinal identificada e algumas lesões tratadas³. Em algumas situações as lesões abdominais são mínimas ou sequer estão presentes, tornando a laparotomia desnecessária, e assim a videolaparoscopia vem sendo utilizada tanto para diagnóstico como tratamento de algumas lesões abdominais, contudo existem as vantagens e também desvantagens deste procedimento.

As vantagens da laparoscopia incluem:

Incisões menores, recuperação mais rápida, menor dor pós-operatória, redução do tempo de permanência hospitalar, menor morbidade, redução da taxa de laparotomia não terapêutica, possibilidade de tratamento conservador em lesões menores de vísceras parenquimatosas e identificação precoce de lesões intra-abdominais evitando o diagnóstico tardio, especialmente em pacientes com feridas toraco-abdominais e tangenciais³.

A laparoscopia evitou 50% das laparotomias nos traumas abdominais fechados, afirma que a laparoscopia diagnóstica apresenta alta eficiência para diagnóstico e tratamento dos pacientes com trauma abdominal, porém vale ressaltarmos que sua pesquisa foi realizada com pacientes estáveis. O diagnóstico laparoscópico de trauma abdominal deve ser indicado apenas no caso de pacientes hemodinamicamente estáveis¹⁰.

Tabela 2. Vantagens presumíveis da VL no trauma abdominal.

1. Diminuição de laparotomias negativas e não terapêuticas.
2. Possibilidade de tratamento cirúrgico conservador em lesões menores de vísceras parenquimatosas e diafragma.
3. Avaliação e identificação precoce de lesões intra-abdominais evitando o diagnóstico tardio.
4. Diminuição da morbi-mortalidade pós-operatória.
5. Maior acurácia na avaliação dos ferimentos penetrantes da transição tóraco-abdominal, sobretudo na detecção de lesões diafragmáticas.
6. Maior acurácia no diagnóstico de penetração cavitária em ferimentos tangenciais do abdome causados por arma de fogo.
7. Diminuição do tempo de internação.

Fonte: Solda (2002)²

Em contrapartida também podemos afirmar que há desvantagens na laparoscopia, fala da dificuldade em avaliar com segurança as lesões intestinais, do retroperitônio e de áreas cegas em fígado e baço, além da limitação visual quando há grandes infiltrações hemáticas², ainda acrescenta a dificuldade de inspecionar toda a extensão do delgado e do cólon, e lesões dessas estruturas podem passar despercebidas³.

Quando tratamos de comparar a eficiência do inventário da cavidade abdominal pelos métodos videolaparoscópico e laparotômico, onde 25 pacientes vítimas de trauma (excluídos os pacientes com instabilidade hemodinâmica) foram submetidas à laparoscopia e posteriormente à laparotomia. Concluiu que o método videolaparoscópico para o diagnóstico e classificação de lesões intra-abdominais nos traumas penetrantes e contusos não é capaz de visualizar completamente todas as estruturas e vísceras avaliadas¹¹.

A qualidade dos inventários quanto a viasualização, foi considerada não satisfatória em 92% dos casos e satisfatória em 8%, em relação ao método videolaparoscópico. Já nos inventários laparotômicos, 96% foram considerados satisfatórios e em um único caso não satisfatório. O inventário videolaparoscópico evidenciou 56 lesões, enquanto o laparotômico diagnosticou 78. Das 22 injúrias não diagnosticadas metade encontrava-se no jejuno e ílio. Nenhuma das quatro lesões localizadas nos cólons foi evidenciada pela videolaparoscopia. Três lesões hepáticas, duas gástricas, uma esplênica e uma renal não foram diagnosticadas pelo inventário videolaparoscópico.

Além disso, muitas vezes a supervalorização do método laparoscópico acaba retardando laparotomias evidentes ou forçando indicações desnecessárias de videolaparotomia. Ou seja, perde-se muito tempo realizando uma laparotomia necessitando ainda da conversão tardia para laparotomia, o que aumenta significativamente o tempo cirúrgico e logo as complicações também².

Deste modo percebemos que ainda não existem critérios satisfatórios definidos para conduta no trauma abdominal contuso, com base nos autores analisados concluímos que a videolaparoscopia possibilita selecionar pacientes para um tratamento conservador, sendo assim um método valioso, apesar de suas limitações, mas que deve ser avaliada a real necessidade de realizá-lo. Enquanto a laparotomia apesar de suas vantagens e grande precisão, o seu emprego permanece controverso, excetuando os casos de instabilidade hemodinâmica.

4. DISCUSSÃO

Enquanto médico residente em cirurgia geral, durante os estágios em pronto socorro, senti a necessidade de aprofundar nosso conhecimento no manejo em vítimas de trauma abdominal. Sendo assim, para tal pesquisa tomamos como objeto de estudo as indicações de laparotomia em vítimas de trauma abdominal, por termos percebido a escassez de informações e conhecimentos adquiridos durante nossa formação acerca deste assunto. Percebemos a importância para os profissionais de saúde saberem identificar os indícios do trauma abdominal, saber diagnosticá-lo e conduzir o tratamento, diminuindo assim o índice de mortalidade das vítimas de trauma abdominal fechado, visto que as lesões abdominais não diagnosticadas são causas frequentes de morte evitáveis após trauma.

Optamos pela pesquisa bibliográfica, o que nos possibilitou a busca de uma gama de informações e conhecimento sobre mecanismo de trauma, os fatores indicativos de trauma abdominal, seu diagnóstico e também as condutas de tratamento. O objeto de estudo nos foi favorável, pois foi possível explorar o tema, responder as questões norteadoras e alcançar os objetivos propostos inicialmente de revisar os artigos científicos sobre o

manejo dos pacientes vítimas de trauma abdominal fechado com indicação de laparotomia.

Realizamos o levantamento bibliográfico e encontramos 17 publicações pertinentes ao estudo, a princípio tivemos um pouco de dificuldade de encontrar artigos que falassem especificadamente das indicações de laparotomia no trauma fechado de abdome, sendo necessário ampliar os descritores. Isso nos mostra que ainda existe uma escassez de publicações abordando este aspecto de quando é ou não indicado a laparotomia no trauma abdominal fechado.

Observamos que as lesões abdominais muitas vezes podem passar despercebidas em um momento inicial, sendo assim de grande importância estar repetindo o exame físico em curtos intervalos de tempo e conhecer bem os sinais indicativos de lesões abdominais como distensão abdominal, sinais de irritação peritoneal e ausência de ruídos hidroaéreos. Podemos dizer que o diagnóstico de trauma abdominal fechado é o resultado final de uma investigação abrangente e nunca apenas fatores isolados visto que um exame físico normal não descarta a possibilidade de lesão abdominal.

Deste modo entendemos que a avaliação abdominal deve ser baseada em um somatório de várias informações de exame físico, mecanismo de trauma, exames laboratoriais e de imagem. Com base no mecanismo do trauma e também na estabilidade hemodinâmica devem ser direcionados os exames laboratoriais necessários como também os exames de imagens. Nos pacientes estáveis pode ser realizado a tomografia computadorizada de abdômen total ou USG total de abdome, que trazem um melhor detalhamento das estruturas intra-abdominais, já nos pacientes instáveis será indicado apenas o lavado peritoneal ou a ultrassonografia (FAST).

Com relação à indicação cirúrgica no trauma abdominal fechado percebemos que a videolaparoscopia vem sendo utilizada cada vez mais tanto para diagnóstico como tratamento de algumas lesões abdominais, porém quando houver alterações hemodinâmicas com evidencia de hemorragia intra-abdominal (Lavado peritoneal ou FAST positivo) está indicado a laparotomia exploradora.

5. CONCLUSÃO

Concluímos que ainda existem poucos estudos orientando sobre a sequencia das condutas a serem tomadas no trauma abdominal, sendo assim, a experiência cirúrgica é fundamental na determinação do momento e da necessidades de laparotomia.

Deixamos aqui neste trabalho, enquanto proposta, a elaboração de outras pesquisas na área para o preenchimento de algumas lacunas do conhecimento. Portanto, sugerimos para futuras pesquisas que poderão ter também como linha inicial nosso estudo as seguintes temáticas: protocolo de laparotomia em trauma abdomina,

além de um estudo avaliando a porcentagem de pacientes que optaram por tratamento conservador que evoluíram para laparotomia ou óbito.

pelos métodos videolaparoscópico e laparotômico no trauma abdominal. Rev Col Bras Cir. [online]. 2002; 29(4):217-25. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912002000400007>>. Acesso em 14 de março de 2014.

REFERÊNCIAS

- [1]. Farrath S, *et al.* Identificação de lesões abdominais graves na avaliação inicial das vítimas de trauma fechado. Rev Col Bras Cir. [online]. 2013; 40(4):305-11. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912013000400009>>. Acesso em 14 de março de 2014.
- [2]. Solda SC. Videolaparoscopia no trauma abdominal. Rev Col Bras Cir. [online]. 2002; 29(1):49-53. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912002000100010>>. Acesso em 14 de março de 2014.
- [3]. Von Bahten LC, *et al.* Trauma abdominal fechado: análise dos pacientes vítimas de trauma hepático em um Hospital Universitário de Curitiba. Rev Col Bras Cir. [online]. 2005; 32(6):316-20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912005000600006>.
- [4]. Fonseca-Neto OCL, Ehrhardt R, Miranda AL. Estudo da morbimortalidade em pacientes com trauma hepático. ABCD, Arq Bras Cir Dig. [online]. 2013; 26(2):129-32. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202013000200012>>. Acesso em 14 de março de 2014.
- [5]. Kruel NF, *et al.* Perfil epidemiológico de trauma abdominal submetido à laparotomia exploradora. ABCD, Arq Bras Cir Dig. [online]. 2007; 20(2):106-10. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202007000200009>>. Acesso em 14 de março de 2014.
- [6]. Fraga GP, *et al.* Fatores preditivos de morbimortalidade no trauma de intestino delgado. Rev Col Bras Cir. [online]. 2007; 34(3):157-65. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912007000300005>>. Acesso em 14 de março de 2014.
- [7]. Farrath S, *et al.* Fatores preditivos de lesões abdominais em vítimas de trauma fechado. Rev. Col. Bras. Cir. [online]. 2012; 39(4):295-301. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912012000400009>>. Acesso em 14 de março de 2014.
- [8]. Diorio AC, *et al.* Fatores preditivos de morbidade e mortalidade no trauma hepático. Rev Col Bras Cir. [online]. 2008; 35(6):397-405. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912008000600010>>. Acesso em 14 de março de 2014.
- [9]. Epstein MG, *et al.* Isolated rupture of the gallbladder following blunt abdominal trauma: case report. Einstein (São Paulo) [online]. 2013; 11(2):227-8. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082013000200016>>. Acesso em 14 de março de 2014.
- [10]. Rodriguez Tapanes V, *et al.* Manejo laparoscópico del traumatismo abdominal. Rev Cub Med Mil [online]. 2004; 33(2):0-0. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572004000200002&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 14 de março de 2014.
- [11]. Costa GOF, Siva Filho AR, Bezerra Filho JC. Estudo comparativo entre os inventários da cavidade abdominal