



## PERFIL DE LESÕES ESPLÊNICAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ

*Lucas dos Santos de Souza*<sup>1</sup>; *Renato Fernando Cazanti*<sup>2</sup>; *Gabriel Augusto de Lima Mortean*<sup>3</sup>;  
*Maykon Luis Santini*<sup>3</sup>; *Jean Carlo Cossa Brandão*<sup>3</sup>; *Ivan Murad*<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Acadêmico do Curso de Medicina, Universidade Estadual de Maringá – UEM. lucas\_stos@live.com

<sup>2</sup>Residente de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Regional de Maringá – HUM

<sup>3</sup>Acadêmico do Curso de Medicina, Universidade Estadual de Maringá – UEM

<sup>4</sup>Professor Doutor da disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Universidade Estadual de Maringá – UEM

### RESUMO

Objetivo: determinar o perfil epidemiológico e a abordagem terapêutica em pacientes vítimas de lesões esplênicas atendidos no Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM). Materiais e métodos: revisão retrospectiva de prontuários de janeiro de 2001 a dezembro de 2010, sendo selecionados 58 vítimas de Traumatismo Abdominal Fechado (TAF). Resultados: Foram selecionados 58 pacientes, destes, a grande maioria pertence ao sexo masculino (88%). Da amostragem, duas a cada três vítimas correspondem 3º década de vida. Os principais mecanismos de trauma encontrados foram, em ordem decrescente queda de nível (31%), acidente automobilístico (26%), acidente ciclístico (14%), outras causas seguiram 29% dos casos. Em relação a conduta, a esplenectomia representou 79,31% dos casos. A conduta conservadora esteve presente em 15,52% dos casos e a esplenorrafia em 5,17%. Conclusão: indivíduos do sexo masculino na terceira década de vida estão mais propensos a serem vítimas de lesão esplênica. A queda de nível foi o mecanismo mais prevalente. A principal conduta adotada foi esplenectomia, tendo bom diagnóstico. Mas a decisão terapêutica cirúrgica ou clínica deve ser bem avaliada e individualizada para cada paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Baço; Lesão esplênica; Trauma esplênico.

## 1 INTRODUÇÃO

O politrauma continua sendo um dos principais agentes nas taxas de mortalidade em pessoas jovens (RIBAS-FILHO, 2008). Essa condição é responsável por um número significativo de mortes evitáveis. Dentre os possíveis locais afetados, o Trauma Abdominal Fechado é um dos mais frequentes, e decorre principalmente de acidentes de tráfego, quedas e violência interpessoal. O baço é um dos órgãos mais lesados. (BARRERA, 2016; ALBERDI, 2014) e, por isso, faz-se necessário uma assistência adequada nestes pacientes.

O sucesso no manejo do Trauma Abdominal Fechado depende da abordagem inicial aos pacientes. Para avaliação do trauma abdominal, é importante valorizar os mecanismos de lesão, reconhecer a semiologia da lesão abdominal e compreender a sua repercussão sobre o estado hemodinâmico do paciente. Assim, deve-se conhecer os sinais precoces de choque, a saber: arrefecimento cutâneo, sudorese, taquicardia e má perfusão periférica (MASSADA, 2009).

As lesões esplênicas, de acordo com a AAST (*American Association for the Surgery of Trauma*), são classificadas em 5 categorias sendo classificadas como “minor”, as lesões de grau I, II e III, e “major” as classificadas de graus IV e V. Tal classificação considera as regiões e o tamanho da lesão esplênica (PEREIRA JUNIOR, 2007).

## 2 MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal retrospectivo no Hospital Universitário Regional de Maringá. O Hospital atende 30 municípios abrangidos pela 15º Regional de Saúde (Figura 1), compreende uma população estimada de 808.412 habitantes (IBGE, 2016).



Os dados foram colhidos através de análise de prontuário dos pacientes que tiveram trauma abdominal fechado apresentando lesão esplênica confirmada por método de imagem e/ou intra-operatório. Foram avaliados 58 casos de lesão esplênica compreendido entre os anos 2001 a 2010. Esta coleta baseou-se em variáveis que constituem os objetivos do trabalho: idade, sexo, mecanismo do trauma e conduta adotada.

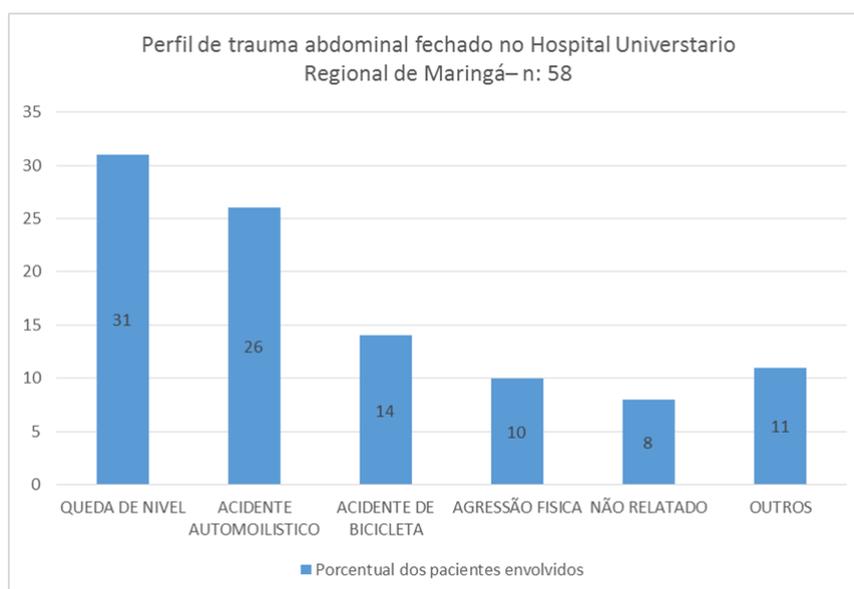


**Figura 1** – Mapa da 15ª regional de saúde de Maringá

Fonte: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2767>

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

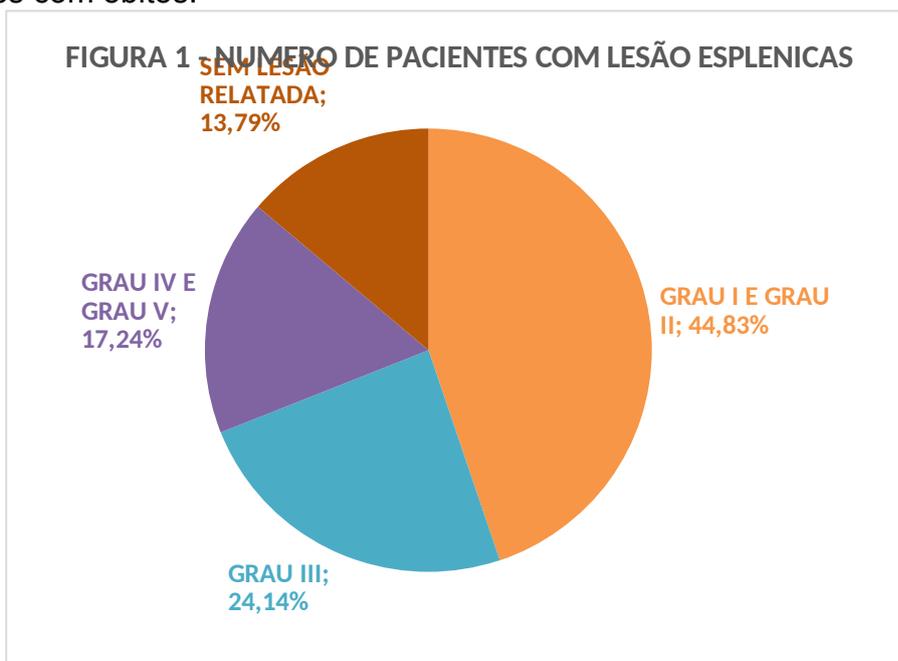
Foram avaliadas 58 pessoas vítima de trauma fechado com desfecho de lesão esplênica, sendo 88% do sexo masculino. Duas a cada três vítimas compreende a 3ª década de vida. Queda de nível compreende 31% dos avaliados, seguidos por acidentes automobilísticos (26%), acidentes com bicicleta (14%), os demais pacientes compreendem atropelamentos, agressão física, ou outros mecanismos de trauma não relatados em prontuário (Gráfico 1).





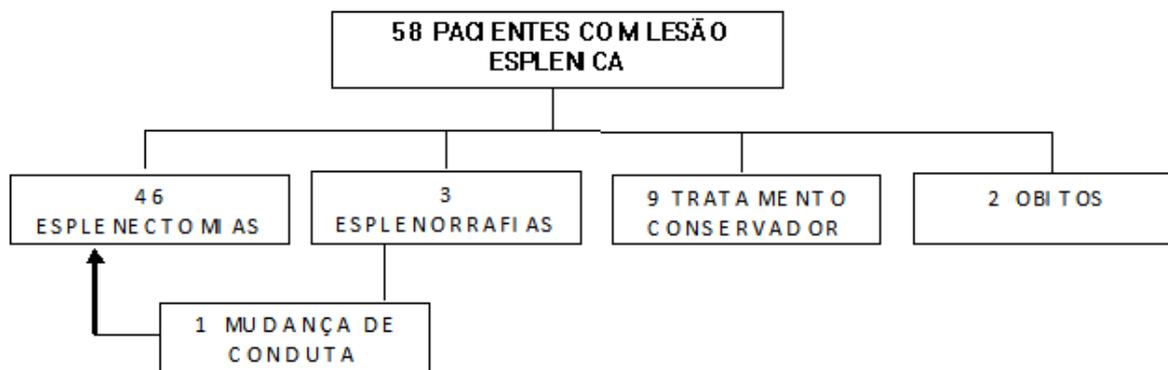
**Gráfico 1 – Perfil de trauma abdominal fechado**

Dos politraumas com lesão esplênica, 26 casos de lesão esplênica leve (grau I e II), 14 casos de lesão esplênica moderada (grau III), 10 casos de lesão esplênica grave (grau IV e V) e 8 casos sem lesão esplênica (Figura 1). Dessa forma, foram realizados 46 esplenectomias (79,31%) como conduta inicial, 3 esplenorragias (5,17%), tendo um paciente reabordado e realizada esplenectomia devido a piora clínica, e 9 pacientes (15,52%) com tratamento conservador (Figura 2). O estudo apresentou 2 pacientes com óbitos.



Em alinhamento com a literatura, a casuística do trauma esplênico se concentra em pacientes do sexo masculino e na 3ª década de vida (ALBERDI, 2014). Dos quais, cabe ressaltar, esse perfil de pacientes é mais exposto a situações que decorrem trauma abdominal como em atividades laborais, atividades esportivas, em acidentes automobilísticos, agressão física (BARRERA, 2016).

**Figura 2 – Condutas realizadas nos pacientes do HURM com lesão esplênica**





Dentre essas causas, se destaca a queda de nível e os acidentes automobilísticos, que juntos se somam 57% das causas deste trabalho, como principais etiologias, que podem ser vinculadas a indevida proteção laboral e a irregularidades no trânsito.

Em análise das lesões esplênicas, vemos que foram visualizadas lesões leves (de grau I e II em que há comprometimento mínimo de envolvimento vascular menor que 5 cm de extensão), lesões moderadas (grau III que há envolvimento vascular de vasos trabeculares com hematoma maior que 5 cm de extensão), e lesões graves (grau IV e V em que houve lesão de 25% ou total comprometimento da vascularização do baço).

No estudo, 81% dos pacientes tiveram como desfecho: a esplenectomia. Este número elevado possivelmente por ser um hospital de referência para casos mais graves, há um viés de seleção, no qual em hospital de referência, chegam casos mais graves da região, e, ainda casos menos graves podem ser subnotificados ou não diagnosticados com lesão esplênica. Comparando com a literatura recente, números elevados de esplenectomia poderiam ser reduzidos com adoção de embolização de artéria esplênica (YIANNOULLOU, 2017).

Destaca-se que, dentre a conduta conservadora ou cirúrgica depende das condições clínicas que o paciente se apresenta, sendo que ao apresentar sinais de instabilidade hemodinâmica pós trauma abdominal é imperativo o acesso e resolução cirúrgica do quadro (ALBERDI, 2014).

Em contrapartida, a esplenectomia inclui riscos ao paciente, visto que o baço apresenta função imunológica importante ao organismo e sua retirada pode aumentar risco a infecções. Assim o paciente que foi submetido ou não a tratamento cirúrgico por lesão esplênica, deve ser acompanhado continuamente para evitar uma evolução ruim do quadro (ALBERDI, 2014; YIANNOULLOU, 2017).

#### 4 CONCLUSÃO

Os pacientes acometidos de lesão esplênica são de maioria jovens, em acidentes que podem ser evitados. Pesquisas devem ser realizadas para traçar medidas de redução de acidentes, assim como propor melhor conduta para o tratamento.

Em relação a conduta terapêutica, conclui-se que a conduta cirúrgica (esplenectomia) foi a mais utilizada na lesão esplênica no trauma abdominal fechado em atendimentos no HUM durante os dez anos da pesquisa retrospectiva de janeiro de 2001 a dezembro de 2010. a decisão de conduta terapêutica cirúrgica ou clínica deve ser muito bem avaliada e individualizada para cada situação e paciente.

#### REFERÊNCIAS

ALBERDI, F. *et al.* Epidemiología del trauma grave. **Med Intensiva**, San Sebastián-Donostia, v. 38, p. 580-588. 2014.

BARRERA, A.S. *et al.* Prospective registry of severe polytrauma. Analysis of 1200 patients. **Cirurgía Española**, v.94 p.16-21. 2016

BRASIL. IBGE. **Estimativa de População**, 2016. Disponível em <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa\\_tcu.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_tcu.shtm)>. Acesso em: 06 ago. 2017.



**X**  
**EPCC**

Encontro Internacional  
de Produção Científica  
24 a 26 de outubro de 2017

ISBN 978-85-459-0773-2

MASSADA, S. *et al.* Normas de Boa Prática em Trauma: trauma abdominal. **Ordem dos Médicos, Competência em Emergência Médica**, 2009; p. 163-164.

Moore, E.E. *et al.* **Organ Injury Scaling: Spleen and Liver**, 1994. Disponível em <[http://journals.lww.com/jtrauma/Fulltext/1995/03000/Organ\\_Injury\\_Scaling\\_Spleen\\_and\\_Liver\\_1994.1.aspx](http://journals.lww.com/jtrauma/Fulltext/1995/03000/Organ_Injury_Scaling_Spleen_and_Liver_1994.1.aspx)>. Acesso em: 06 ago. 2017.

PEREIRA JUNIOR, G.A., *et al.* Abordagem geral trauma abdominal. **Rev. Medicina (Ribeirão Preto)**. Vol 40 (4): 518-30. 2007

RIBAS-FILHO, J.M. *et al.* Abdominal trauma: study of the most frequent wounds of digestive system and its causes. **Arq. Bras. Cir. Dig.** V.21, n. 4. 2008.

VON BAHTEN, LC. *et al.* Trauma abdominal fechado: análise dos pacientes vítimas de trauma esplênico em um hospital universitário de Curitiba. **Rev Col Bras Cir.** [periódico na Internet] 2006 Nov-Dez; 33(6). <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2767>>. Acesso dia 01 ago. 2017.

YIANNOULLOU, P. *et al.* A Review of the management of blunt splenic trauma in England and Wales: have regional trauma networks influenced management strategies and outcomes? **RCS**, v. 99 p. 63-69. 2017.