

CC 024

UNIVERSIDADE FEDERAL DA SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

ROOM

Nota = 9.0

↗ autêntico

- ABDOMEN AGUDO TRAUMÁTICO -
(ANÁLISE DE 24 CASOS)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

- ABDOMEN AGUDO TRAUMÁTICO -
(ANÁLISE DE 24 CASOS)

AUTORES: § GELSON GONÇALVES CÂNDIDO

§ HERALDO ALVES SCHLUP

§ JOÃO BATISTA BERTO

ORIENTADOR: PROF. DR. CÉLIO GAMA SALLES

FLORIANÓPOLIS, 05 DE NOVEMBRO DE 1979.

§ DOUTORANDOS DA 12ª FASE DO CURSO DE MEDICINA DA UFSC

ÍNDICE

1. RESUMO	01
2. INTRODUÇÃO	02
3. MATERIAL E MÉTODO	04
4. RESULTADOS	05
5. DISCUSSÃO	22
6. CONCLUSÕES	24
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25

RESUMO

Os autores realizaram um trabalho retrospectivo, analisando 24 prontuários médicos de pacientes atendidos no Hospital de Caridade e no Hospital Governador Celso Ramos, nos anos de 1977 e 1978, com quadro de abdome agudo traumático.

87% dos pacientes eram do sexo masculino e a faixa etária atingida era dos 13 aos 40 anos predominantemente (70,8%).

A etiologia mais comum foi acidente de trânsito num percentual de 34,8%, seguida pelas agressões por arma branca equivalendo a 26,1%.

As vísceras mais atingidas foram, em ordem decrescente: baço (29,2%), fígado (25,0%) e intestino delgado (25,0%).

Dos casos analisados 20,5% evoluíram com complicações e 12,5% foram a óbito.

INTRODUÇÃO

"Com o desenvolvimento industrial do mundo de hoje, o trauma constitui um grave problema médico social. Ele é a quarta causa de morte em todos os grupos etários e a primeira antes dos quarenta anos de idade.

Mais de 60% dos traumatismos abdominais são causados por acidente de automóvel, geralmente com graves lesões associadas de cabeça, tórax e membros." (3)

Essa é também a nossa realidade. Acidentados de trânsito chegam todos os dias nas emergências de nossos hospitais, às vezes com lesões simples, outras vezes politraumatizados graves que não raramente vão a êxito letal.

Uma das regiões do corpo humano que mais sofre traumatismo é o abdômen. Em algumas oportunidades são traumatismos fechados sem lesão de continuidade na parede abdominal; em outras, traduzem-se por lesões penetrantes.

Os traumatismos sobre o abdômen são classificados em fechados e abertos.

Traumatismos fechados são as contusões em que "o agente traumático atua sobre a parede abdominal sem provocar solução de continuidade na pele, podendo, no entanto, causar lesões viscerais graves". (3)

Já os traumatismos abertos são as feridas, em que há "solução de continuidade na pele". (3)

Adotamos a seguinte classificação de traumas mecânicos, fornecida por Alípio Correia Neto (4):

1. Lesões fechadas (contusões)
 - Eritema traumático
 - Edema
 - Equimose
 - Hematoma
2. Lesões abertas (feridas)
 - Perfurante
 - Cortante
 - Contusa
 - Lácero-contusa
 - Pérfuro-cortante
 - Pérfuro-contusa
 - Corto-contusa

Como causa principal das contusões estão os acidentes de trânsito, e das feridas, as agressões por arma branca e arma de fogo.

"Os traumatismos abdominais com lesão visceral evoluem para duas síndromes: a síndrome de perfuração, resultante de lesões de vísceras ocas e a síndrome hemorrágica quando existe lesão de víscera parenquimatosa ou de vasos." (3)

Pretendemos com este trabalho relacionar uma série de dados de suma importância, desde as causas dos traumatismos abdominais até a sua evolução intra-hospitalar pré e pós operatório.

MATERIAL E MÉTODO

Foram analisados 24 prontuários de pacientes atendidos em emergência com traumatismo abdominal, sendo 17 do Hospital Governador Celso Ramos e 7 do Hospital de Caridade, ambos de Florianópolis, ocorridos nos anos de 1977 e 1978.

Este número não corresponde ao total de traumatismos abdominais ocorridos nestes dois anos pelos seguintes motivos:

1. Interessava-nos apenas os traumatismos que ocasionaram abdomen agudo, título do presente trabalho;
2. Muitos prontuários de pacientes operados de abdomen agudo traumático neste período, não foram encontrados nos arquivos do Hospital de Caridade;
3. Em alguns dos prontuários não havia dados suficientes para uma análise objetiva.

Nos prontuários encontrados analisamos:

1. Idade e sexo dos pacientes;
2. Causa do traumatismo;
3. Sinais e sintomas principais;
4. Local do abdomen atingido;
5. Tipo de traumatismo abdominal - fechado ou aberto;
6. Tipo de lesão da parede abdominal. Aqui vale ressaltar que nos prontuários não havia menção, nos casos de contusão, sobre a lesão de pele - eritema, edema, equimose ou hematoma - para enquadrarmos na classificação adotada;
7. Lesões em outros segmentos do corpo;
8. Visceras abdominais atingidas;
9. Evolução do traumatismo - síndrome perfurativa e síndrome hemorrágica;
10. Tempo decorrido entre o primeiro atendimento e a cirurgia;
11. Evolução hospitalar - cirurgia (com alta ou óbito) e óbito pré ou pós-cirúrgico;
12. Evolução pós-operatória - com complicações e wsem complicações;
13. Tipo de incisão cirúrgica;
14. Tipo de cirurgia;
15. Tempo de permanência hospitalar;
16. Uso ou não de antibióticos e quais;
17. Pretendíamos analisar o tempo decorrido entre o traumatismo e o primeiro atendimento e suas implicações, mas não foi possível pois em apenas dois (2) prontuários registrou-se o horário do traumatismo.

RESULTADOS

TABELA I - Amostra segundo o sexo.

SEXO	CASOS	
	NA	%
MASC.	21	87,5
FEM.	03	12,5
TOTAL	24	100,0

A maior incidência de traumatismo abdominal em nossa amostra, ocorreu no sexo masculino, com 87,5%.

TABELA II - AMOSTRA SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA.

FAIXA ETÁRIA	CASOS	
	NA	%
ZERO A 20	09	37,5
21 A 40	08	33,3
41 E MAIS	07	29,2
TOTAL	24	100,0

Houve predominância na faixa etária de 13 a 40 anos, somando 70,8%. OBS.: Os casos de idade limite foram 13 e 66 anos.

TABELA III - CAUSAS DOS TRAUMATISMOS

CAUSAS	CASOS	
	NA	%
ACIDENTE DE TRÂNSITO	08	34,8
AGRESSÃO COM ARMA BRANCA	06	26,1
AGRESSÃO COM ARMA DE FOGO	04	17,4
QUEDA	04	17,4
ACIDENTE DE PESCA SUBMARI NA - FERIMENTO COM ARPÃO	01	04,3
TOTAL	23	100,0

Nesta tabela observamos que a causa mais frequente de traumatismo abdominal foi o acidente de trânsito (34,8%) seguida pelas agressões por arma branca (26,1%).

OBS.: Em um dos prontuários não constava a causa do traumatismo, motivo pelo qual foi desprezado para efeitos de percentual nesta tabela.

TABELA IV - CAUSA DE TRAUMATISMO SEGUNDO O SEXO

CAUSAS \ SEXO	MASCULINO		FEMININO	
	NA	%	NA	%
ACIDENTE DE TRÂNSITO	08	34,8	--	--
AGRESSÃO COM ARMA BRANCA	05	21,8	01	4,3
AGRESSÃO COM ARMA DE FOGO	03	13,1	01	4,3
QUEDA	03	13,3	01	4,3
ACIDENTE DE PESCA SUBMARI NA - FERIMENTO COM ARPÃO	01	4,3	--	--
TOTAL	20	87,1	03	12,9

Na tabela IV vemos que os traumatismos abdominais no homem tiveram como causa mais frequente o acidente de trânsito, seguida pelas agressões com arma branca. A amostra feminina, que é de três (3) casos, teve causas distintas (agressão por arma branca, por arma de fogo e queda).

TABELA V - CAUSA DE TRAUMATISMO SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA

CAUSA \ FAIXA ETÁRIA - ANOS	ZERO A 20		21 A 40		41 E MAIS	
	NA	%	NA	%	NA	%
ACIDENTE DE TRÂNSITO	01	4,3	03	13,1	04	17,5
AGRESSÃO POR ARMA BRANCA	03	13,1	02	8,7	01	4,3
AGRESSÃO POR ARMA DE FOGO	01	4,3	02	8,7	01	4,3
QUEDA	03	13,1	--	--	01	4,3
ACIDENTE DE PESCA SUBMARINA - FERIMENTO COM ARPÃO	--	--	01	4,3	--	--
TOTAL	08	34,8	08	34,8	07	30,4

Na faixa etária de zero a vinte (20) anos as causas mais frequentes de traumatismo abdominal foram as agressões por arma branca e quedas. Dos 20 aos 40 anos e após, as causas predominantes foram os acidentes de trânsito.

OBS.: O único acidente de trânsito na faixa etária até 20 anos foi atropelamento. Nesta mesma faixa etária, duas quedas de bicicletas e um salto com queda sobre o joelho foram as causas relacionadas como quedas.

TABELA VI - TIPO DE TRAUMATISMO ABDOMINAL

TIPO DE TRAUMATISMO	CASOS	
	NA	%
ABERTO (FERIMENTO)	13	54,2
FECHADO (CONTUSÃO)	11	45,8
TOTAL	24	100,0

Houve ligeiro predomínio dos traumatismos abertos (54,2%) sobre 45,8% dos traumatismos abdominais fechados.

TABELA VII - TIPO DE FERIMENTO ABDOMINAL

FERIMENTOS	CASOS	
	NA	%
PÉRFURO-CONTUSO	04	36,4
PÉRFURO-CORTANTE	07	63,6
TOTAL	11	100,0

Dos ferimentos abdominais, 63,6% foram pérfuro-cortantes contra 36,4% de ferimentos pérfuro-contusos, o que está de acordo com os instrumentos, conforme mostra a tabela a seguir.

TABELA VIII - TIPO DE INSTRUMENTO CAUSADOR DAS FERIDAS

INSTRUMENTO	CASOS	
	NA	%
FACA	06	54,5
PROJETIL DE ARMA DE FOGO	04	36,4
ARPÃO	01	9,1
TOTAL	11	100,0

A faca (6) mais o arpão (1) somaram os sete (7) casos de ferimentos perfuro-cortantes. Os projetis de arma de fogo foram os instrumentos causadores de ferimentos perfuro-contusos em quatro (4) casos.

TABELA IX - LOCAL DO ABDOMEN ATINGIDO

LOCAL	CASOS	
	NA	%
QUADRANTE SUPERIOR ESQUERDO	07	29,2
QUADRANTE SUPERIOR DIREITO	05	20,8
QUADRANTE INFERIOR DIREITO	01	4,2
EPIGÁSTRIO	05	20,8
HIPOGÁSTRIO	02	8,3
MESOGÁSTRIO	02	8,3
FLANCO ESQUERDO	01	4,2
REGIÃO INFRA-ESCAPULAR E.	01	4,2
TOTAL	24	100,0

TABELA ELABORADA DE MANEIRA INADEQUADA
AVANÇANDO OS REGIÕES ?

TABELA X - VÍSCERAS ABDOMINAIS ATINGIDAS

VÍSCERAS	CASOS	
	NA	%
BAÇO	07	29,2
FÍGADO	06	25,0
INTESTINO DELGADO	06	25,0
INTESTINO GROSSO	04	16,6
ESTÔMAGO	03	12,5
MESENTÉRIO	03	12,5
EPIPLON	02	8,3
PÂNCREAS	01	4,1
BEXIGA	01	4,1
LESÃO VASCULAR (HEMATOMA RETROPERITONEAL)	01	4,1

As vísceras abdominais mais atingidas foram o baço (29,2%) o fígado (25,0%) e o intestino delgado (25,0%).

OBS.: Dividindo em regiões anatômicas, os nossos resultados foram: a) Intestino delgado (6) - duodeno (3) sendo 2 na 3ª porção e um não especificado; jejuno (1); não especificado (2).

b) Intestino grosso (4) - cecon (1); ângulo esplênico (1); colon ascendente (1); não especificado (1).

c) Epiplon (2) - grande (1) e pequeno (1).

d) Mesentério (3) - mesossigmóide (1); mesentério íleo-cecal (1); não especificado (1).

TABELA XI - TIPO DE LESÃO VISCERAL

LESÃO VISCERAL	NÚMERO DE CASOS
ROTURA DE BAÇO EM UM TEMPO	3
ROTURA DE BAÇO EM DOIS TEMPOS	3
PERFURAÇÃO DE BAÇO	1
PERFURAÇÃO DE COLON	3
ROTURA DE SEROSA DE COLON	1
PERFURAÇÃO DE DELGADO	6
PERFURAÇÃO DE FÍGADO	6
PERFURAÇÃO DE ESTÔMAGO	3
PERFURAÇÃO DE BEXIGA	1
PERFURAÇÃO DE PÂNCREAS	1

A rotura de baço ocorreu em seis (6) casos, sendo que a metade foi de maneira aguda e a outra em dois tempos. Um caso de lesão de baço foi perfuração.

Tanto as lesões de fígado como as de intestino delgado, foram todas perfurações.

TABELA XII - RELAÇÃO ENTRE A CAUSA DO TRAUMATISMO E O TIPO DE LESÃO VISCERAL

CAUSA DO TRAUMATISMO LESÃO VISCERAL	ACIDENTE DE TRÂNSITO	ARMA BRANCA	ARMA DE FOGO	QUEDA	ACIDENTE COM ARPÃO
ROTURA DE BAÇO EM UM TEMPO	3	--	--	--	--
ROTURA DE BAÇO EM DOIS TEMPOS	1	--	--	2	--
PERFURAÇÃO DE BAÇO	++	--	1	--	--
PERFURAÇÃO DE COLON	--	1	1	1	--
ROTURA DA SEROSA DO COLON	1	--	--	--	--
PERFURAÇÃO DO DELGADO	4	1	1	--	--
PERFURAÇÃO DO FÍGADO	++	4	1	--	--
PERFURAÇÃO DE ESTÔMAGO	--	1	2	--	--
PERFURAÇÃO DE BEXIGA	--	--	--	--	1
PERFURAÇÃO DE PÂNCREAS	--	--	1	--	--

A rotura de baço, em 4 casos, deu-se por acidente de trânsito e em 2 casos, por queda. A perfuração de baço foi por projétil de arma de fogo.

A perfuração do delgado, em 4 casos foi por acidente de trânsito e em 2 casos, por agressão armada.

Das 6 lesões hepáticas 4 foram por agressão com arma branca, um por arma de fogo e outra não registrava a causa.

Dois terços das roturas de baço em dois tempos foram por quedas, o que sugere traumatismo de menor intensidade, que lesa o parênquima esplênico sem romper a cápsula, formando hematoma sub-capsular que a fará romper mais tarde.

TABELA XIII - ASSOCIAÇÃO DE LESÕES VISCERAIS

Nº 7

LESÕES VISCERAIS ASSOCIADAS	Nº CASOS
COLON - DELGADO - MESENTÉRIO	01
ESTÔMAGO - DUODENO	01
BAÇO - PEQUENO EPIPLON	01
BEXIGA - MESOSSIGMÓIDE	01
DUODENO - COLON - MESENTÉRIO	01
BAÇO - ESTÔMAGO - PÂNCREAS	01
ESTÔMAGO - FÍGADO	01
UMA ÚNICA VÍSCERA LESADA	16
SEM VÍSCERA LESADA	01
TOTAL	24

As associações de lesões viscerais ocorreram em sete casos, de forma muito variada, não havendo repetições.

TABELA XIV - SINAIS E SINTOMAS

SINAIS E SINTOMAS	Nº CASOS
ABDOMEN AGUDO	12
ABDOMEN AGUDO - CHOQUE	12
TOTAL	24

50% dos pacientes apresentavam quadro geral de choque hipovolêmico associado ao de abdomen agudo.

TABELA XV - RELAÇÃO ENTRE A REGIÃO ATINGIDA E A VÍSCERA LESADA

REGIÃO ABDOMINAL VÍSCERA	QSE	QSD	QID	EPIGASTRÍO	MESOGASTRÍO	HIPOGASTRÍO	FLANCO ESQ.
BAÇO	5	-	-	-	-	-	1
FÍGADO	-	4	-	2	-	-	-
DUODENO	-	-	-	2	1	-	-
JEJUNO	-	-	-	1	-	-	-
DELGADO NÃO ESPECIFICADO	-	-	-	-	1	1	-
CECON	-	-	1	-	-	-	-
COLON ASCENDENTE	-	-	-	-	1	-	-
ÂNGULO ESPLÊNICO DO COLON	1	-	-	-	-	-	-
COLON NÃO ESPECIFICADO	-	-	-	-	-	1	-
ESTÔMAGO	1	-	-	2	-	-	-
MESO ILEO-CECAL	-	-	-	-	1	-	-
MESOSSIGMÓIDE	-	-	-	-	-	1	-
MESENTÉRIO NÃO ESPECIFICADO	-	-	-	-	-	1	-
GRANDE EPÍPLON	1	-	-	-	-	-	-
PEQUENO EPÍPLON	-	1	-	-	-	-	-
PÂNCREAS	1	-	-	-	-	-	-
BEXIGA	-	-	-	-	-	1	-

As lesões de baço e fígado ocorreram na quase totalidade por traumatismos que atingiram, respectivamente, o quadrante superior esquerdo (QSE) e quadrante superior direito (QSD).

OBS.: Em um caso de lesão esplênica (por arma de fogo) a região atingida foi a infra-escapular esquerda (tórax posterior).

TABELA XVI - LESÕES DE OUTROS SEGMENTOS DO CORPO

SEGMENTOS CORPORAIS	CASOS	
	NA	%
CRÂNIO	04	16,6
FACE	01	4,1
MEMBRO SUPERIOR DIREITO	01	4,1
MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO	03	12,5
TÓRAX	03	12,5
MEMBRO INFERIOR DIREITO	03	12,5
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	03	12,5
ABDOMEN ISOLADO <i>SOMA ←</i>	13	54,2

Em onze (11) casos houve associação do traumatismo abdominal com lesões de outros segmentos do corpo, sendo mais frequentes as lesões de crânio, com quatro (4) casos.

TABELA XVII - EVOLUÇÃO DO TRAUMATISMO

SÍNDROMES ABDOMINAIS AGUDOS	CASOS	
	NA	%
PERFURATIVO	06	25,0
HEMORRÁGICO	13	54,2
PERFURATIVO - HEMORRÁGICO	05	20,8
TOTAL	24	100,0

Em 54,2% dos casos houve síndrome hemorrágica, seguido por 25,0% com síndrome perfurativa. Houve associação destas duas síndromes em 20,8% dos casos, o que representa, na realidade, um total de 75,0% de casos com síndrome hemorrágica e perfurativa, respectivamente.

TABELA XVIII - TEMPO DECORRIDO ENTRE O PRIMEIRO ATENDIMENTO E A CIRURGIA

TEMPO	CASOS	
	NA	%
ATÉ 6 HORAS	11	45,8
DE 7 A 12 HORAS	06	25,0
DE 13 A 24 HORAS	01	4,2
MAIS DE 24 HORAS	06	25,0
TOTAL	24	100,0

Em 45,8% dos casos os pacientes foram à cirurgia num período de até seis (6) horas após o primeiro atendimento. Um número de casos considerado elevado (6 em 24) foi à cirurgia após 24 horas do primeiro atendimento.

OBS.: As roturas de baço em dois tempos foram operados em dois (2), quatro (4) e treze (13) dias após o primeiro atendimento.

TABELA XIX - CIRURGIAS REALIZADAS

CIRURGIAS	CASOS	
	NA	%
ESPLENECTOMIA	07	29,2
HEPATORRAFIA	06	25,0
COLOSTOMIA	03	12,5
ENTERECTOMIA SEGMENTAR COM ANASTOMOSE TÉRMINO-TERMINAL	03	12,5
GASTRORRAFIA	03	12,5
DUODENORRAFIA	03	12,5
LIGADURA DE VASOS DO GRANDE EPÍPLON	01	4,1
DRENAGEM DE HEMATOMA RETROPERITONEAL	01	4,1
CISTORRAFIA	01	4,1
PANCREATORRAFIA	01	4,1
SUTURA DE SEROSA DO COLON	01	4,1

As cirurgias mais realizadas foram a esplenectomia, na totalidade dos casos de lesão esplênica, e a hepatorrafia, também em todos os casos de lesão hepática.

TABELA XX - TIPO DE INCISÃO CIRÚRGICA

INCISÕES	CASOS	
	NA	%
PARAMEDIANA PARA-RETAL INTERNA SUPRA E INFRA-UMBILICAL	08	33,7
PARAMEDIANA PARA-RETAL INTERNA SUPRA-UMBILICAL	04	16,6
MEDIANA INFRA-UMBILICAL	03	12,5
PARAMEDIANA PARA-RETAL INTERNA INFRA-UMBILICAL	02	8,3
MEDIANA SUPRA-UMBILICAL	02	8,3
PARAMEDIANA TRANS-RETAL SUPRA-UMBILICAL	02	8,3
PARAMEDIANA TRANS-RETAL SUPRA E INFRA-UMBILICAL	01	4,1
TRANSVERSA	01	4,1
AMPLIAÇÃO DO FERIMENTO	01	4,1
TOTAL	24	100,0

A incisão mais utilizada foi a paramediana para-retal interna supra e infra-umbilical com oito (8) casos, seguida pela paramediana para-retal interna supra-umbilical direita (Lenander) com quatro (4) casos. Globalmente as incisões paramedianas internas são preferidas (14 casos).

TABELA XXI - EVOLUÇÃO PÓS-OPERATÓRIA

EVOLUÇÃO	CASOS	
	NA	%
COM COMPLICAÇÃO	05	20,5
SEM COMPLICAÇÃO	19	79,5

Em 79,5% dos casos não houve complicação pós-operatória

TABELA XXII - COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

COMPLICAÇÕES	CASOS
PERITONITE	3
INFEÇÃO RESPIRATÓRIA	2
SEPTICEMIA	2
DEISCÊNCIA DE SUTURA	1
INSUFICIÊNCIA RENAL	1

Dos cinco (5) casos em que houve complicação pós-operatória, em três (3) ocorreu peritonite e em dois (2), infecção respiratória. Em outros dois (2) casos aconteceu septicemia. Deiscência de sutura e insuficiência renal ocorreram em um caso cada. Houve associação que é mostrada na tabela a seguir.

TABELA XXIII - INCIDÊNCIA DE COMPLICAÇÕES POR CASO

COMPLICAÇÕES	CASOS	
	NA	%
DEISCÊNCIA DE SUTURA - INFEÇÃO	01	4,1
PERITONITE	01	4,1
PERITONITE - INFEÇÃO RESPIRATÓRIA - SEPTICEMIA	01	4,1
PERITONITE - SEPTICEMIA - INSUFICIÊNCIA RENAL	01	4,1
INFEÇÃO RESPIRATÓRIA	01	4,1
SEM COMPLICAÇÕES	19	79,5
TOTAL	24	100,0

Dos cinco (5) casos transcorridos com complicações, em dois (2) elas foram únicas e em três (3) houve associação.

TABELA XXIV - EVOLUÇÃO HOSPITALAR

EVOLUÇÃO HOSPITALAR	CASOS	
	NA	%
ALTA	21	87,5
ÓBITO	03	12,5
TOTAL	24	100,0

A incidência de óbito nos vinte e quatro (24) casos analisados foi de 1:8 (12,5%).

TABELA XXV - TEMPO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR

TEMPO EM DIAS	CASOS	
	NA	%
ATÉ 10	08	33,3
DE 11 A 20	14	58,4
MAIS DE 20	02	8,3
TOTAL	24	100,0

Em mais da metade dos casos analisados (58,4%) o tempo de permanência hospitalar foi entre onze (11) e vinte (20) dias, sendo que 1/3 (33,3%) permaneceu dez (10) ou menos dias.

TABELA XXVI - ANTI BIÓTICOS UTILIZADOS

ANTI BIÓTICOS	CASOS	
	NA	%
AMPICILINA	16	72,7
CEFALOTINA SÓDICA	03	13,6
OXITETRACICLINA	07	31,7
GENTAMICINA	03	13,6

OBS.: a) Dois prontuários incompletos não mostravam folha de prescrição ou outros dados referentes ao uso de antibióticos, o que nos fez ignorá-los na utilização desta tabela. Nos demais casos foram prescritos antimicrobianos, equivalendo a 100%.

b) Houve várias associações antimicrobianas sem critérios definidos, a saber:

- Um caso de associação de gentamicina e cefalotina;
- Um caso de associação de gentamicina e ampicilina;
- Um caso em que foi usado ampicilina seguido de cefalotina;
- Um caso em que foi usado ampicilina e depois a associação de gentamicina e cefalotina;
- Um caso de uso de ampicilina mais gentamicina substituído por oxitetraciclina;
- Um caso de uso de ampicilina, depois oxitetraciclina, e novamente ampicilina.

DISCUSSÃO

Nos resultados que obtivemos com a análise dos 24 casos de abdômen agudo traumático, apesar de ser este um número relativamente pequeno, pudemos observar alguns pontos em acordo e outros em desacordo com a literatura consultada.

A maioria dos pacientes (87,5%) era do sexo masculino o que coincide com algumas estatísticas encontradas. (1) (2) Essa predominância masculina explica-se pela etiologia, que foi na maioria dos casos acidente de trânsito e agressões armadas, coisas em que a mulher está menos envolvida.

A faixa etária mais atingida foi a dos 13 aos 40 anos, considerada como a de maior atividade do homem. As idades limites foram 13 (um caso) e 66 anos (um caso). Esta faixa está de acordo com Haddad que refere a faixa de 6 a 64 anos. (2)

A principal causa em nossa amostra foi a agressão que ocorreu em 43,5% dos casos, sendo que 26,1% se relacionaram com arma branca e 17,4% com arma de fogo. O acidente de trânsito correspondeu a 34,8% de todas as causas.

Haddad encontrou 92,3% de agressões sendo 76,8% por arma de fogo e 15,5% por arma branca. (2) Segundo este autor o acidente de trânsito ocorreu em apenas 3,7%.

De acordo com Schwartz e Mario Lopes a causa mais importante seria o acidente automobilístico. (3) (5)

Achamos interessante uma moderada incidência de acidentes de trânsito com pacientes acima de 40 anos, quando era de se esperar que a faixa etária mais atingida fosse a dos 20 aos 40 anos. Um dos casos de acidente de trânsito ocorreu com um paciente de 66 anos que dirigia uma moto.

Os tipos de traumatismos praticamente se equivaleram - (54,2% abertos e 45,8% fechados).

Dos traumatismos abertos o ferimento mais frequente foi o perfuro-cortante (66,3%), cujo instrumento predominante foi a faca.

O abdômen superior foi a região mais atingida, sendo 5 casos no quadrante superior direito, 5 no epigástrico e 7 no quadrante superior esquerdo. Isto está de acordo com a incidência de lesão visceral: baço, fígado e intestino delgado (primeiras porções) que foram nesta ordem os órgãos mais atingidos.

Chaib cita que o fígado é a víscera mais lesada com, 43,7% dos casos, seguido do baço com 31,0% e intestinos com 22,3% numa análise de 300 casos. (1)

Já Wilson referê que o rim é a víscera mais atingida; o baço vem em segundo lugar e o fígado em terceiro. (6)

Em nosso trabalho a rotura aguda de baço que ocorreu em três casos, teve como causa o acidente de trânsito. Já dos três casos de rotura de baço em dois tempos, a queda foi a causa de 2 (dois) deles, sendo o outro devido a acidente de trânsito.

Segundo Mario Lopes, a rotura do baço em dois tempos po de ocorrer dias, semanas ou meses após o traumatismo. (3)

Já Schwartz refere que o período entre a rotura do pâncreas e a rotura da cápsula esplênica (dois tempos) ocorre em metade dos casos em menos de sete dias e em 3/4 dos casos em menos de duas semanas. (5)

Nós encontramos , no presente trabalho, dois casos com rotura em menos de uma semana (2 e 4 dias) e um caso com menos de duas semanas (13 dias).

Dos 6 casos de lesão hepática 5 foram por agressão (4 por arma branca e um por arma de fogo).

No trabalho de Haddad, onde foram analisados 160 casos de traumatismo abdominal com lesão de intestino grosso, apenas 22 casos (13,7%) havia lesão de uma só víscera. (2)

Nós encontramos 66,6% de lesão visceral isolada.

Na maioria dos casos (45,8%) os pacientes foram à cirurgia até seis horas após o primeiro atendimento. Nas primeiras doze horas após o atendimento inicial, foram à cirurgia 70,8% dos pacientes. Com mais de 24 horas após o primeiro atendimento foram à cirurgia 25,0% dos pacientes.

Em 9 (nove) casos foram utilizadas incisões supra e infra umbilicais, o que sugerem incerteza no diagnóstico, concordando com Chaib que cita a necessidade do diagnóstico correto para a escolha da incisão. No seu trabalho sobre ferimentos de fígado, a escolha da incisão foi correta em 75,0% dos casos. (1)

Haddad achou 70,6% sem complicação pós-operatória. (2) Nós encontramos 79,5%. A complicação mais frequente em nosso trabalho foi a peritonite isolada ou associada a outras complicações. Houve apenas um caso de deiscência de sutura.

A incidência de óbito em nossos casos foi de 12,5% (3 casos). Haddad encontrou 4,2% de óbitos (7 em 160 casos). (2)

Nos casos que analisamos, havia referência de uso de antibióticos em 22 prontuários, sendo que em 2 não encontramos a folha de prescrição. Os antibióticos mais utilizados foram as ampicilinas (72,7% dos casos) seguida pela oxi-tetraciclina com 31,7%. Ambos são antibióticos de largo espectro e foram usados mesmo nos casos de síndrome hemorrágico puro.

CONCLUSÕES

1. Verificamos que é difícil a realização de trabalhos retrospectivos (de pesquisa em prontuários médicos) em nosso meio, pelas seguintes razões: - desaparecimento de prontuários; - prontuários incompletos; - informações incompletas nos prontuários, como histórias mal colhidas, evoluções e descrições de cirurgias mal elaboradas.

2. Há variações importantes nos resultados encontrados nas diversas publicações pesquisadas.

3. Há uma predominância acentuada de abdomen agudo traumático no sexo masculino, bem como na faixa etária dos 13 (treze) aos 40 (quarenta) anos.

4. A causa mais frequente foi o acidente de trânsito, seguido de perto pelas agressões por arma branca.

5. Houve ligeiro predomínio dos traumatismos abdominais abertos (54,2%).

6. O baço foi a víscera mais atingida (29,2%).

7. O baço é a víscera mais atingida por contusões, enquanto que o ~~fígado~~ fígado é principalmente por ferimentos.)

8. Pode haver abdomen agudo hemorrágico sem manifestações clínicas de choque hipovolêmico. 317

9. Há uma incidência maior de óbitos nos pacientes operados tardiamente, o que indica uma necessidade de diagnóstico correto e precoce de lesão visceral.

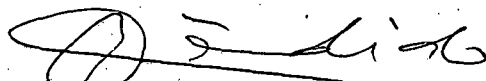
10. É necessário um diagnóstico correto para a escolha da incisão cirúrgica adequada.

11. Os antibióticos, principalmente os de largo espectro estão sendo utilizados amplamente, sem critérios definidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CHAIB, Salomão A.; VASCONCELOS, E.; SAAD, W.A. Revista da AMB N° 1, Volume 22, janeiro de 1976, páginas 29 a 31.
2. HADDAD, Jorge e RAIA, Arrigo. Revista da AMB, N°3, Volume 19, março de 1973, páginas 105 a 108.
3. LOPES, Mário. Emergências Médicas, Editôra Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1976, 1ª edição, capítulo 33.
4. NETO, Alípio C. Clínica Cirúrgica, Editôra Sarvier, São Paulo 1968, 2ª edição, Volume I, página 84.
5. SCHWARTZ, Seymour I. Princípios de Cirurgia, Editôra Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1976, 2ª edição, Tomo II, páginas 1209, 1210 e 1315 a 1317.
6. WILSON, John L. Manual de Cirurgia, Editôra Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1976, 5ª edição, páginas 451 a 453.

AUTORES



~~GELSON GONÇALVES CÂNDIDO~~



HERALDO ALVES SCHLUP



JOÃO BATISTA BERTO

TCC
UFSC
CC
0024

N.Cham. TCC UFSC CC 0024
Autor: Candido, Gelson Go
Título: Abdomen Agudo Traumático : anál



972811596

Ac. 252861

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM