

## TRAUMA PÉLVICO COMPLEXO

SERGIO CARLOS NAHAS

---

NAHAS SC - Trauma pélvico complexo. *Rev bras Colo-Proct*, 1993; 13(1): 24-25

---

O estudo do trauma pélvico complexo compreende a averiguação das lesões resultantes das contusões que afetam não só o períneo como também a bacia e seu conteúdo. A agressividade do trauma nessa região comprometeu múltiplos órgãos e inúmeras estruturas e faz com que seu tratamento represente um desafio que em nosso meio ainda é pobremente superado, acarretando altos índices de morbidade e de mortalidade. Embora não se tratando de patologia rara, poucos são os Serviços Médico-Cirúrgicos que conseguem reunir uma equipe de diferentes especialistas para prestar ao doente um atendimento integrado.

Diante de um caso de trauma pélvico complexo, o médico socorrista deve decidir, de imediato, quais as primeiras condutas para a manutenção da vida do paciente, para então começar seu trabalho em um campo de lesões extensas que comprometem massa mole, vísceras e tecido ósseo. Nesse momento, a atenção deve estar voltada para o hematoma do retroperitônio, para as vísceras do aparelho digestivo e do aparelho geniturinário que ocupam a pélvis, para os grandes vasos dessa região, e para a estrutura óssea da bacia e todo o seu envoltório de massa muscular.

A contusão e/ou laceração com perda de substância da região perineal, como avulsão da bolsa escrotal, a destruição do canal anal e do reto ou dos grandes lábios da vagina, são comuns nesses impactos. Quanto à estrutura óssea, a pélvis é constituída pelo sacro-cóccix, pelos ilíacos, pelos ísquios e pela púbis. A bacia óssea é dotada de forte resistência física; portanto, pode-se avaliar a potência do impacto ou da agressão traumática pelo número de fraturas e das lesões viscerais, contíguas, em seu interior.

É importante salientar a presença da artéria sacral média, ramo terminal da aorta, e da artéria ilíaca interna ou hipogástrica, que se origina na artéria ilíaca comum e emite múltiplas ramificações para estruturas ósseas e musculares da pélvis, sendo a artéria de maior relevância dessa região. No inventário do trauma da pélvis devem ser vistoriados, no homem, o reto, a bexiga, os ureteres, a próstata e a uretra e, na mulher, o útero, seus anexos e os ovários.

A gravidade do trauma pélvico, além das lesões locais e de comprometimento de vísceras distantes, provoca grande avulsões de pele e de subcutâneo na região perineal, que se estendem para as raízes das coxas em suas faces medianas, instalando-se assim pontos simultâneos de perda de sangue, cujo controle crítico é tanto para o doente quanto para o médico em sua conduta cirúrgica.

Nessas situações recomendam-se como medidas prioritárias a manutenção das condições respiratórias, a reposição maciça de volume e a exploração em sala cirúrgica. A posição do doente na mesa de cirurgia deve ser a semiginocólica para que a equipe de cirurgiões tenha ao mesmo tempo acesso às áreas perineal e abdominal (vizinha). O reconhecimento da região perineal pode agora ser feito com maior precisão em relação aos órgãos genitais, à musculatura esfinteriana, ao canal anal, ao reto, à pele e ao subcutâneo da região e às raízes das coxas, visto estar o doente sob efeito da anestesia geral.

De acordo com os achados, a conduta pode ser:

a) quando de ausência de sangue na uretra peniana, sondagem vesical; quando de sua presença, citostomia, devido à lesão da uretra;

b) colostomia em alça localizada no ângulo hepático do cólon, no quadrante superior direito do abdomen, o mais distante possível da região pélvica, procurando evitar proximidade de fezes com essa região;

c) limpeza exaustiva da área traumatizada com soro fisiológico associado a antibiótico, de maneira delicada, a fim de não lesar tecidos viáveis (utilizam-se jatos de soro fisiológico com seringas grandes ou "peras de borracha", nunca escovando os ferimentos);

d) desbridamento amplo, com ressecção de todo o tecido desvitalizado de aspecto necrótico ou inviável. Este procedimento deve ser vigoroso e incessante para evitar a permanência de resíduos de tecido ou material necrótico, ainda que para isso seja necessário deixar uma extensa área cruenta;

e) mesmo que estancados os múltiplos pontos sangrantes, que realizado o desbridamento da região, não é chegado o momento cirúrgico para correções ou reconstruções anatómicas. Pelo contrário, é quando as áreas devem ser mantidas abertas para facilitar a drenagem dos diferentes focos envolvidos na região perineal e impedir a coleção de secreção entre os feixes musculares;

f) pelo orifício distal da colostomia deve ser introduzida

uma sonda retal através da qual fluirá o soro fisiológico para que se proceda à lavagem mecânica do segmento do intestino grosso remanescente, com a remoção total das fezes. Esta manobra é facilitada pela colocação de um afastador de Pitanga-Santos no canal anal para escoar o líquido infundido até que o mesmo se torne claro e límpido;

g) realizar nova limpeza da área cruenta com soro fisiológico;

h) manter a ferida aberta sempre que possível. Em caso de sangramento incontrolável, tentar tamponamento com compressas;

i) incluir no período pós-operatório uma revisão periódica programada com intervalos de 24 ou de 48 horas para que, com o doente sob anestesia geral, sejam feitos limpeza e desbridamento da ferida com remoção do tecido inviável. Nesses tratamentos, colher material para estudo bacteriológico: bacterioscopia com cultura para germes aeróbicos e anaeróbicos. Os curativos devem ser repetidos quantas vezes forem necessárias, até que seja suprimida a infecção localizada na região perineal;

j) o esquema de antibioticoterapia deverá ser maciço e de amplo espectro, abrangendo os germes anaeróbios. Utilizam-se para esse procedimento um aminoglicosídeo, a penicilina cristalina e um antibiótico específico para germes anaeróbicos. No decorrer do tratamento o esquema será adequado ao resultado das culturas e antibiogramas realizados;

l) o aporte nutricional deverá ser iniciado assim que o paciente estiver estável. Pode-se empregar a nutrição parenteral prolongada, a nutrição enteral ou a associação das duas, conforme a evolução do doente.

As vítimas de trauma pélvico complexo apresentam um pós-operatório prolongado, trabalhoso, necessitando de apoio

multidisciplinar em sua fase aguda e de um acompanhamento dimensionado em épocas oportunas e de acordo com as prioridades orgânicas do paciente.

No período de 1978 a 1982 foram estudados 14 doentes atendidos no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Nos três primeiros anos, sete dos 10 doentes socorridos vieram a falecer (70%), sendo cinco deles por septicemia. Durante esse período, a experiência e o desenvolvimento das normas acima citadas fizeram com que no ano seguinte ocorresse apenas um óbito (25%) em quatro doentes.

Portanto, a rotina enunciada neste trabalho, aplicada com a participação de equipes multidisciplinares, trouxe uma contribuição objetiva, ordenando as condições de tratamento e elevando a taxa de sobrevivência dos traumatizados pélvicos.

#### REFERÊNCIAS

1. Ferimentos Extensos do Períneo. In: Normas e Condutas da Disciplina de Cirurgia Geral, Prof. Mário Ramos de Oliveira. 3ª Clínica Cirúrgica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Serviço de Cirurgia de Emergência. (Diretor: Prof. Dário Birolini) São Paulo, 1980.
2. Ferimentos Perineais Extensos. Nahas SC, Calache JE, Fontes B, Zetchaku T, Carone Filho E, Morimoto RY. Anais do 28º Congresso Brasileiro de Gastroenterologia. São Paulo, 1982.
3. Traumatismos Pélvicos Complexos. Birolini D, Morimoto RY, Utiyama E. In: Cirurgia do Trauma, Livraria Atheneu, São Paulo, 1985: 331-335.

#### Endereço para correspondência:

Sérgio Carlos Nahas  
Rua Gal. Menna Barreto, 51  
04133-010 - São Paulo - SP