

Tratamento Conservador no Trauma Renal: Relato de Caso

Oscar Rubina Avila, Arnaldo Luiz Flávio Schaefer, Thiago Milani da Costa, Yan Diego de Almeida Castilho*, Sergio Lopes da Silva, João Vitor Fuzeta

Departamento de Urologia- Hospital Regional de Presidente Prudente, SP

Correspondência*: Rua Elisa Cussiol Scalon, 281
Floreal, SP
CEP-15320-000
yan.almeida.castilho@gmail.com

INTRODUÇÃO

O rim é acometido em 10% dos traumas abdominais fechados, onde 90% são por traumas contusos, sendo a mortalidade proveniente apenas da lesão renal em 1 a 4%. A hematúria está presente em 90% dos casos, porém sua intensidade não tem correlação direta com a gravidade no trauma renal. O tratamento não cirúrgico tem sido relatado na literatura internacional como a primeira opção na vigência de estabilidade hemodinâmica, mesmo nas lesões de alto grau (IV e V). As principais indicações imediatas de exploração cirúrgica são a instabilidade hemodinâmica e lesões de outras vísceras associadas, sendo a evidência de sangramento persistente, hematoma peri-renal pulsátil ou em expansão.

Para um tratamento efetivo, são necessárias as medidas adequadas de suporte como repouso absoluto no leito, hematimetria seriado, monitorização intensiva, antibioticoterapia, ansiolíticos, transfusão sanguínea se necessária, e estudo de imagem seriado, sendo a tomografia computadorizada com contraste o método de escolha.

RELATO DE CASO

G.P.D.C, masculino, 19 anos, procedente de Presidente Prudente – SP, foi trazido ao serviço médico pelo resgate com colar cervical e prancha rígida, vítima de queda de motocicleta há 40 minutos, etilizado.

Ao exame físico: regular estado geral, descorado +/-, desidratado +/-, Glasgow 10, escoriações em região lombar esquerda, descompressão brusca positiva em flanco esquerdo. PA 120x60 mmHg, FC 82 bpm, FR 12 ipm.

Tomografia Computadorizada Contrastada de Abdome Superior: Laceração profunda do parênquima do rim esquerdo acometendo terço médio e inferior estendendo em direção ao sistema coletor determinando irregularidade e indefinição dos contornos renais associado a volumoso hematoma perinefrético. Múltiplas lesões hipodensas que lasceram as vias coletoras, sem comprometimento vascular, notando-se

extravasamento de líquido fora do espaço renal, sugerindo lesão renal grau IV.

Realizou sondagem vesical de demora 3 vias em irrigação contínua, observando hematúria macroscópica. Foi submetido a suporte clínico na unidade de terapia intensiva, hematimetria seriada 6/6 horas, repouso absoluto no leito, jejum e antibioticoprofilaxia com tazocin. Paciente teve dosagens de hemoglobina entre 11,7 – 9,2 g/dL nos cinco primeiros dias da admissão, não necessitando de transfusão sanguínea. Por conseguinte, recebeu alta da UTI após 5 dias da admissão para seguimento na enfermaria da Urologia, onde foi programado um implante de cateter duplo “J” à esquerda.

DISCUSSÃO

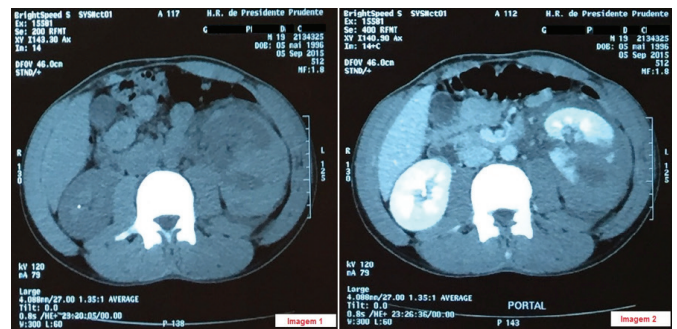
Os rins ficam localizados no retroperitônio, fixados apenas pelo pedículo renal, recoberto por uma gordura peri-renal chamada fâscia de Gerota. Sendo assim, este órgão fica susceptível a deslocamentos principalmente em movimentos de desaceleração brusca, podendo provocar avulsão do sistema coletor ou do pedículo vascular³. Os rins são os órgãos mais acometidos no trauma do trato urogenital. Representam 3% dos traumas em geral e 50% dos traumas abdominais, sendo 90% contusos⁵. Na avaliação inicial do trauma deve-se estabelecer a estabilidade hemodinâmica do paciente logo nos primeiros contatos³. A tomografia computadorizada é o exame padrão-ouro na avaliação do trauma renal, pois é o exame que permite melhor definição e estadiamento da lesão renal, podendo ainda identificar lesões associadas¹. O principal sinal no trauma renal é a hematúria, sendo que a intensidade da mesma não tem correlação com o grau e a extensão da lesão renal². Na vigência de estabilidade hemodinâmica, o tratamento proposto é a conduta expectante com suporte clínico intensivo, bem como o controle seriado da hematimetria e exames seriados de imagem^{1,2,3,4,5}.

CONCLUSÃO

O rim é um órgão bastante acometido no traumatismo abdominal. Faz-se necessário o correto estadiamento para instituir precocemente a terapêutica adequada, diminuindo a morbimortalidade. Optar por um tratamento conservador tem sido empregado cada vez mais, evitando assim a exploração cirúrgica desnecessária, obtendo resultados satisfatórios.

FIGURA 1

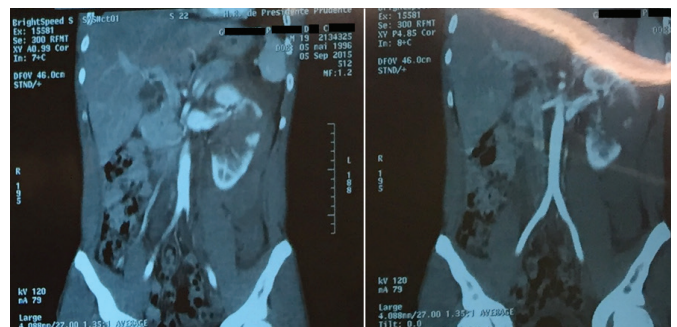
Tomografia computadorizado com e sem contraste, evidenciando laceração parenquimatosa estendendo-se além do córtex, medula e sistema coletor, caracterizando-se como lesão renal grau IV segundo “The American Association for the Surgery of Trauma”.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 2

Imagem tomográfica evidenciando lacerações em rim esquerdo, com extravasamento de líquido perirenal e hilo renal íntegro.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 3

Laceração em terço médio/inferior de rim esquerdo.



Fonte: Arquivo Pessoal.

REFERÊNCIAS

1. PEREIRA JÚNIOR GA, PAGANELLI F, SCARPELINI S, STRACIERI LDS, FÉRES O, ANDRADE JI. Trauma renal. Rev. Col. Bras. Cir. 1999 fev. ;26(1): 57-66.
2. Cury J, Mesquita JLB de, Pontes J, Oliveira LCN de, Cordeiro M, Coelho RF. Trauma urológico. Rev Med (São Paulo). 2008 jul.-set.;87(3):184-94.
3. SILVA LF, TEIXEIRA LC, REZENDE NETO JB. Abordagem do trauma renal - artigo de revisão: review of the literature. Rev. Col. Bras. Cir. 2009 Dec.; 36(6): 519-524.
4. DJAKOVIC N; et al. Diretrizes para o Trauma Urológico. Eur Urol.2005;47(1):1-15.
5. FONSECA NETO OCL, VASCONCELOS R. Tratamento não cirúrgico do traumatismo renal contuso. J. Bras. Med., 2013 nov.-dez.;101(6): 35-37