

Fasceite Necrotizante após Trauma de Bexiga Extraperitoneal em Paciente com Infecção do Trato Urinário: Relato de Caso

Alice Rezende de Sousa, Débora de Oliveira Sampaio, Ana Luiza Mendonça de Amorim, Laura Pimentel Bedeschi, Samuel Doné de Queiroz, Gustavo de Sousa Arantes Ferreira

Correspondência*: alice.rezende.sousa@gmail.com

INTRODUÇÃO

O trauma de pelve corresponde a 3% dos traumas esqueléticos com mortalidade de 5 a 16%. Os fatores de risco para fratura pélvica são massa óssea reduzida, tabagismo e idade avançada.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 72 anos de idade, trazida pelo SAMU ao Pronto Atendimento no dia 18/03 após atropelamento, identificado fratura de umero proximal e disfunção da sínfise púbica (2,5cm) sem afecções urinárias, sendo optado por tratamento conservador e alta hospitalar. Retorna após 34 horas, com dor abdominal e anúria. Apresentava-se confusa, taquicardia e hipotensa. Realizado sondagem vesical de demora (SVD) com drenagem de 400ml de hematúria, sendo encaminhada a sala de emergência para reanimação. Em revisão laboratorial: PCR 200, urina com piúria, gasometria pH 6,8, lactato de 7 e creatinina 4,6. Exame físico, dor à palpação em região suprapúbica, edema e equimose em vulva. Encaminhada para tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve sendo evidenciado: perda de continuidade em ligamento pubianos, fratura de acetábulo, pequena quantidade de líquido livre em pelve com pequenos focos de gás em permeio e enfisema subcutâneo em região suprapúbica. Realizado contraste vesical, sem extravasamentos. Iniciado antibioticoterapia e devido à gravidade do quadro clínico, optado por exploração cirúrgica. Feito incisão infra umbilical com saída de secreção turva e fétida em espaço pré-peritoneal ao nível da bexiga com necrose de tecidos profundos, sendo evidenciado lesão extraperitoneal de parede anterior de bexiga (1cm). Sem alterações intra peritoneais. Procedido por rafia de lesão e posicionado no dreno tubular. Ato sem intercorrências. Em décimo segundo dia de pós operatório (12 DPO), evoluiu com piora infecciosa, endurecido e hiperemia em região pubiana, sendo realizada TC de abdome, demonstrando

coleção subcutânea de 200ml, feito nova drenagem em bloco cirúrgico. No 18 DPO, foi realizado uretrocistografia sem extravasamento de contraste, sendo retirado SVD. Recebeu alta no dia 14/04 em bom estado geral com diurese espontânea e melhora infecciosa.

DISCUSSÃO

Os mecanismos do trauma pélvico em sua grande maioria são decorrentes de colisões automobilísticas e atropelamento. As lesões associadas podem ser vasculares, intra-abdominais ou neurológicas. O trauma vesical se divide em extra peritoneal (40-60%), intraperitoneal (15-30%) ou misto. A maioria está associada a outras lesões pélvicas. O diagnóstico pode ser desafiador devido à apresentação inespecífica, necessitando de alta suspeição clínica. Os sinais e sintomas incluem hematúria, dor suprapúbica, extravasamento de urina para peritônio e tatuagens traumáticas em andar inferior. Pode ser optada por tratamento conservador da lesão extraperitoneal com cateterização do trato urinário por pelo menos 2 semanas e antibioticoterapia, além de cistografia de controle antes da remoção do cateter. Pode ser realizado rafia primária em pacientes submetidos a laparotomia exploradora por outras indicações.