

TRAUMA DUODENAL

HISTÓRICO

- 1903 KOCHER
- 1935 WHIPPLE
- 1963 KOBOLD e THAL
- 1968 BENI e DONOVAN
- 1977 VAUGHAN
- 1979 STONE

TRAUMA DUODENAL

INCIDÊNCIA

- 3,5% a 5% DAS LAPAROTOMIAS POR TRAUMA.
- 30% A 60% DE MORBIDADE.
- 6% A 34% DE MORTALIDADE.

TRAUMA DUODENAL

CARACTERISTICAS ESPECIAIS

- ORGÃO PRATICAMENTE RETRO PERITONEAL.
- PROTEGIDO P/ COLUNA VERTEBRAL, MUSC. PARA ESPINHAL E DEMAIS VISCERAS.
- O QUE PROTEGE ESCONDE → RETARDO DO DIAGNÓSTICO.

TRAUMA DUODENAL

MECANISMO DE LESÃO

- PAF → MAIOR INCIDÊNCIA.

TRAUMA FECHADO - AC. AUTOMOB.

- QUEDA DO TANQUE
- BICICLETA
- COMPRESSÃO DO ORGÃO CONTRA COLUNA VERTEBRAL.

TRAUMA ABDOMINAL

DIAGNÓSTICO

- SINTOMAS VAGOS – DOR :
 - NAS COSTA
 - NO FLANCO
 - NO PESCOÇO
 - NO TESTÍCULO

TRAUMA DUODENAL

DIAGNÓSTICO

EXAME FÍSICO : NORMALMENTE IMPRECISO

TOQUE RETAL – ENFISEMA RETRO RETAL

DOR NO ANDAR SUPERIOR + MECANISMO DE
LESÃO APROPRIADO = SUSPEIÇÃO.

**SUSPEIÇÃO + EXAME FÍSICO SERIADO =
MELHOR FORMA DE DIAGNÓSTICO**

TRAUMA DUODENAL

DIAGNÓSTICO

- AMILASE SÉRICA AUMENTADA E EM ASCENSÃO.
- AMILASE DO LIQUIDO PERITONEAL AUMENTADA.

TRAUMA DUODENAL

DIAGNÓSTICO

- RX SIMPLES :
 - APAGAMENTO DO PSOAS
 - ESCOLIOSE ANTÁLGICA
 - PNEUMO RETO PERITONEO AO LONGO DO PSOAS, RIM DIREITO E RAIADO EM PELVIS.

TRAUMA DUODENAL

DIAGNÓSTICO

- RX CONTRASTADO – EXTRAVAZAMENTO EM 50 % DOS CASOS.
- ULTRA-SONOGRAFIA – LIQUIDO INTRA OU RETRO PERITONEAL.

TRAUMA DUODENAL

DIAGNÓSTICO

- T. COMPUTADORIZADA :
 - AR EXTRA LUMINAR.
 - CONTRASTE EM AREA PERI RENAL D
 - LIQUIDO ENTRE PÂNCREAS E VEIA ESPLÊNICA.
 - EDEMA PANCREÁTICO
 - ESPESSAMENTO DA FASCIA RENAL ANTERIOR

TRAUMA DUODENAL

GRAVIDADE DA LESÃO DUODENAL

Tabela 116.1
Gravidade da Lesão Duodenal
Classificação da Associação Americana de Trauma

<i>Grau*</i>	<i>Lesão</i>	<i>Descrição</i>
I	Hematoma Laceração	Única porção do duodeno espessura parcial sem perfuração
II	Hematoma Laceração	Envolvendo mais de uma porção Ruptura <50% da circunferência
III	Laceração	Ruptura 50-75% da circunferência de D2 Ruptura da 50-100% circunf. de D1, D3 e D4
IV	Laceração	Ruptura >75% de D2 Envolvendo ampola ou colédoco distal
V	Laceração	Ruptura maciça duodenopancreática Desvascularização do duodeno

D1, D2, D3 e D4- designação de cada porção duodenal

** Avançar um grau quando houver lesões múltiplas do mesmo órgão*

TRAUMA DUODENAL

TRATAMENTO

CONDIÇÕES QUE PIORAM O PROGNÓSTICO, SEGUNDO SNYDER

- TEMPO DE LESÃO > QUE 24 HS.
- LESÃO EM SEGMENTO NÃO SEROSO
- LESÃO DE D2 ACOMETENDO PAPILA
- ACOMETIMENTO DE + DE 75% DA CIRCUNFERENCIA DA ALÇA.

TRAUMA DUODENAL

**SE NÃO HÁ ESTABILIDADE
HEMODYNAMICA OU SE ESTA NÃO É,
CONSEGUIDA, DEVE-SE OPTAR P/
CONDUTA DE **CONTROLE DE DANOS**
PARA POSTERIOR REINTERVENÇÃO
PROGRAMADA.**

CONTROLE DE DANOS :

- **CONTROLE DE HEMORRAGIA**
- **RAFIA INTESTINAL**
- **FECHAMENTO PROVISORIA DA PAREDE**

TRAUMA DUODENAL

TÁTICA CIRÚRGICA P/ EXPLORAÇÃO DUODENAL

- MANOBRA AMPLA DE CATTEL.
- MANOBRA AMPLA DE KOCHER.
- SECÇÃO DO LIG. DO ANG. HEPÁTICO DO COLO.
- SECÇÃO DA FIXAÇÃO DO A. TREITZ.
- SECÇÃO DO OMENTO GASTRO CÓLICO.

TRAUMA DUODENAL

CONCEITOS BÁSICOS

- INCISÃO AMPLA
- EXPLORAR E IRRIGAR HEMATOMA PERI DUODENAL.
- CONSIDERAR MECANISMO DE TRAUMA, TEMPO DE EVOLUÇÃO E ASSOCIAÇÕES DE LESÕES.
- CONHECIMENTO DA ANATOMIA REGIONAL

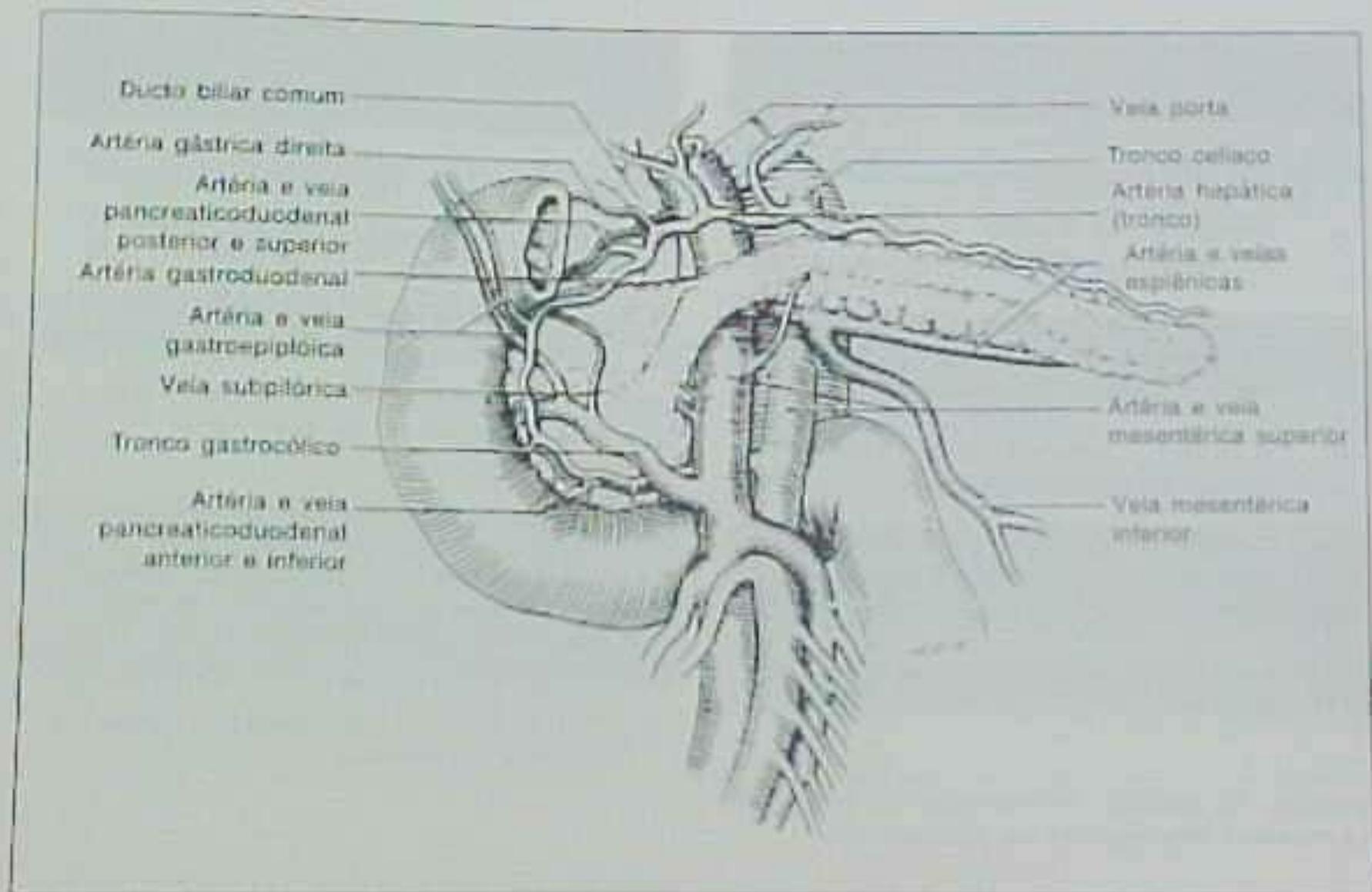


Fig. 117.1 — O pâncreas e suas relações com as estruturas vasculares adjacentes.

TRAUMA DUODENAL

TÉCNICAS

DUODENORRAFIAS :

- INDICAÇÃO : GRAU I e II .
- DESBRIDAMENTO E MOBILIZAÇÃO DOS CÔTOS.
- SUTURA EM PLANO ÚNICO OU DUPLO.
- “SEROSAL PATCH” NÃO MELHORA O PROGNÓSTICO.
- DRENAGEM EXTERNA AMPLA PERI DUODENAL.

TRAUMA DUODENAL

DESCOMPRESSÃO POR TUBOS

- **DUODENOSTOMIA – EXCLUÍDA**
- **JEJUNOSTOMIA – RETRÓGRADA (PATERSON) À WITZEL PELO RETROPERITONEO ATÉ FLANCO ESQ.**

TRAUMA DUODENAL

TÉCNICA

RESSECÇÕES E ANASTOMOSE :

- **INDICAÇÃO : LESÃO GRAU II EM D2 E LESÃO GRAU III .**
- **FECHAMENTO DE CÔTO DISTAL C/
RECONSTRUÇÃO EM Y DE ROUX**
- **SEÇÃO COMPLETA DE D1 – ANTRECTOMIA C/
RECONSTRUÇÃO A B II**

TRAUMA ABDOMINAL

TÉCNICA

REMENDO SEROSO E ENXERTO MUCOSO
PEDICULADO.

- INDICADO NOS CASOS DE PERDA DE PAREDE ANTERIOR EM D2 PROXIMO A AMPOLA DE VÁTER.

TRAUMA DUODENAL

TÉCNICA

EXCLUSÃO DUODENAL

- INDICAÇÃO :
 - LESÕES GRAVES
 - PAF ALTA VELOCIDADE
 - TRAUMA C/ + DE 24HS EM D1 E D2
 - LESÃO GRAU I E II DE D1 E D2.
 - LESÃO GRAU III E IV.

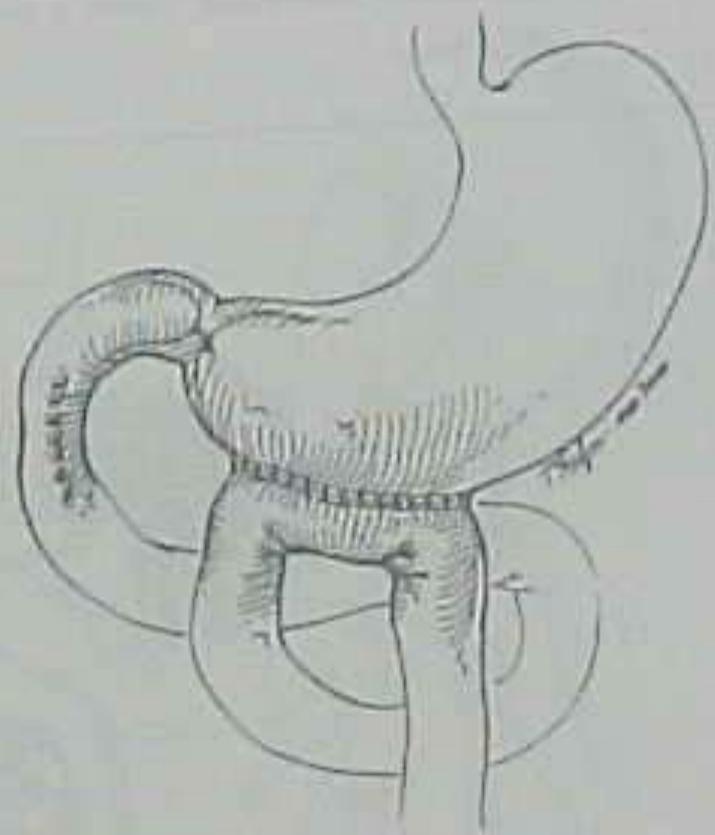
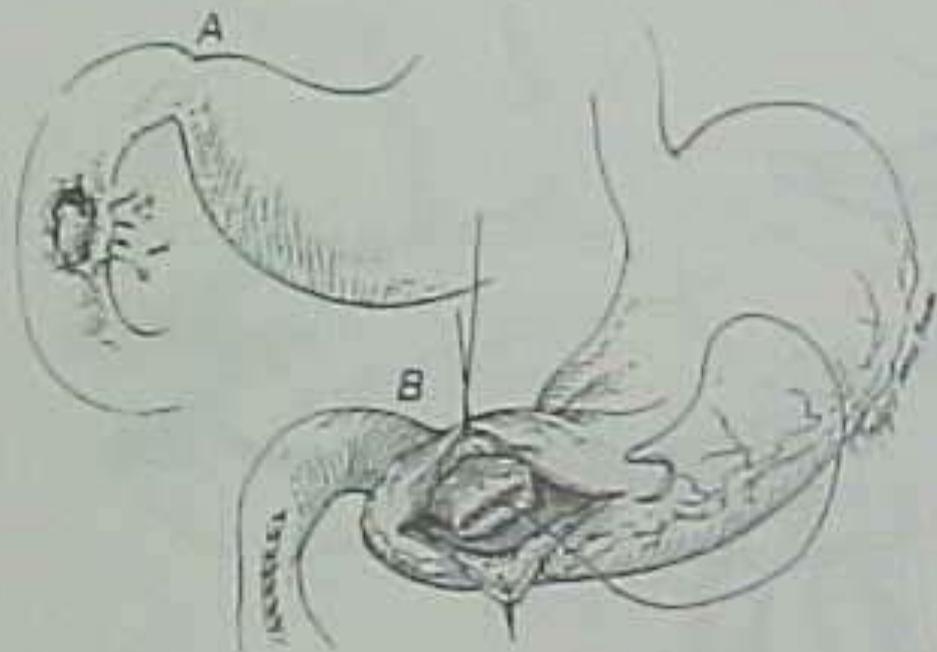


Fig. 1. Carilagem do piloro e gastroenteroanastom

TRAUMA DUODENAL

TÉCNICA

EXCLUSÃO DUODENAL

- GASTROTOMIA PEQUENA EM PAREDE POSTERIOR DO ANTRO.
- PINÇAMENTO E TRACÇÃO DO PILORO P/ GASTROTOMIA.
- SUTURA PILÓRICA C/ VICRYL.
- GASTROENTEROANASTOMOSE À 40 CM DO^a DE TREITZ.
- VAGOTOMIA E DRENAGEM BILIAR - DESNECESSÁRIAS

TRAUMA DUODENAL

TÉCNICA

DIVERTICULIZAÇÃO

- EVITA-SE AS TUBULARES.
- LESÃO ANTRO PILÓRICA – FECHAMENTO DE CÔTO E RECONSTRUÇÃO A BII.
- LESÃO D2, D3 E D4 C/ GRAVIDADE QUE IMPEDE SUTURA E ANASTOMOSE – SUTURA DE CÔTO DISTAL E RECONSTRUÇÃO C/ Y DE ROUX.

TRAUMA DUODENAL

CONSERVADOR

HEMATOMA INTRA MURAL

- CRIANÇA – DIETA ZERO E NPT P/ 3 SEMANAS.
- ADULTOS OBSTRUÇÃO TOTAL INDICA MENOR ÍNDICE DE REGRESSÃO.

TRAUMA DUODENAL

ERROS MAIS COMUNS

- EXCLUIR O DIAGNÓSTICO POR NÃO HAVER MANIFESTAÇÃO CLÍNICA E O EXAME FÍSICO É NORMAL.
- CONSIDERAR AMILASEMIA ISOLADAMENTE.
- NÃO DIAGNOSTICAR PNEUMO RETO PERITONEO.
- ACEITAR TC E LAVADO PERIT. NEGATIVO COMO SUFICIENTES.

TRAUMA DUODENAL

ERROS MAIS COMUNS

- CONFIAR INTEIRAMENTE NO EXAME CONTRASTADO.
- DEIXAR DE EXPLORAR HEMATOMA DUODENAL.
- DEIXAR DE EXPOR AMPLAMENTE O DUODENO.
- NÃO CONSIDERAR CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ESCOLHA DA CONDUTA.

OBRIGADO