

# 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  
HEMODINAMICA 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

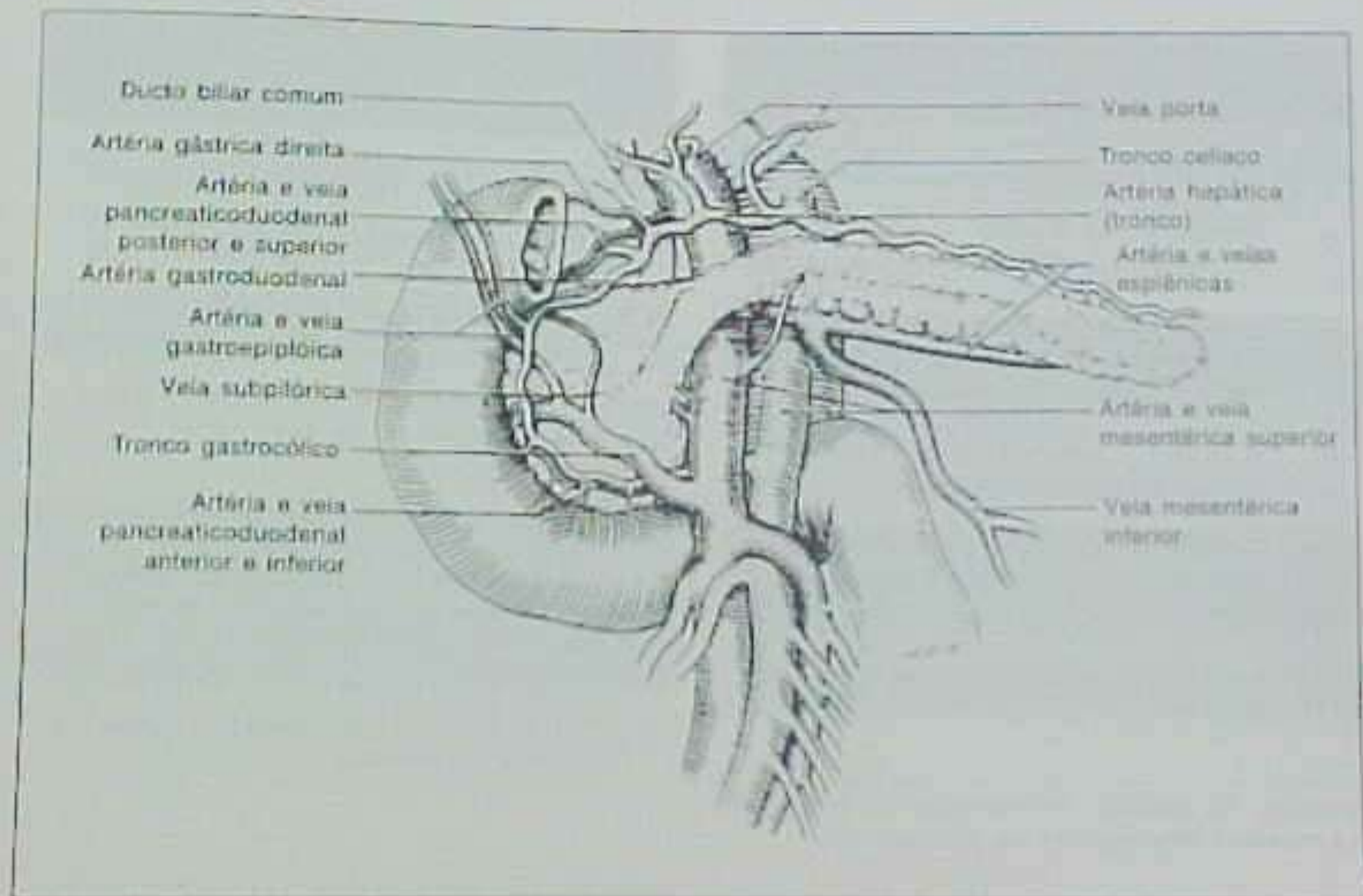


Fig. 117.1 — O pâncreas e suas relações com as estruturas vasculares adjacentes.

# 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.

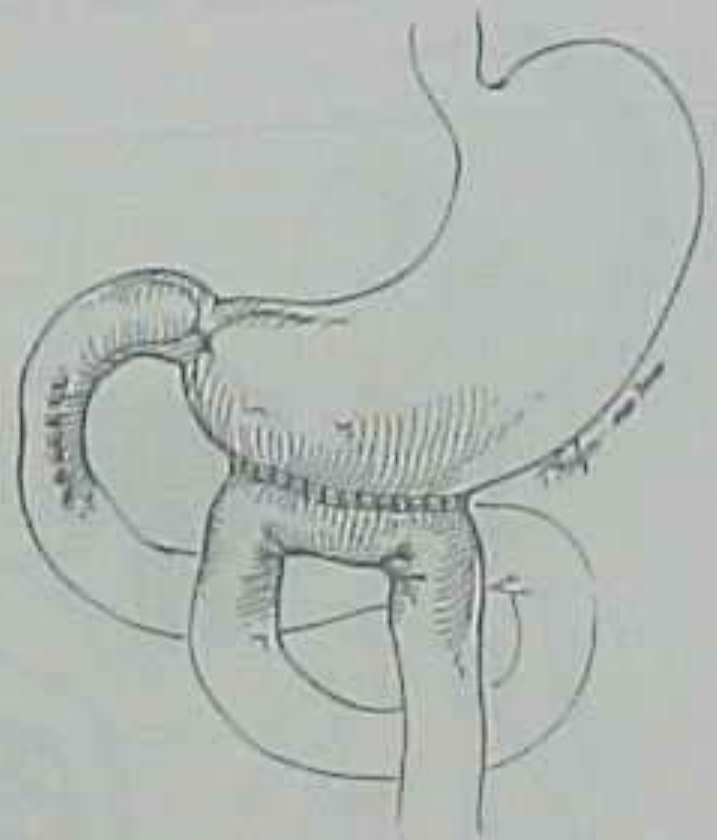
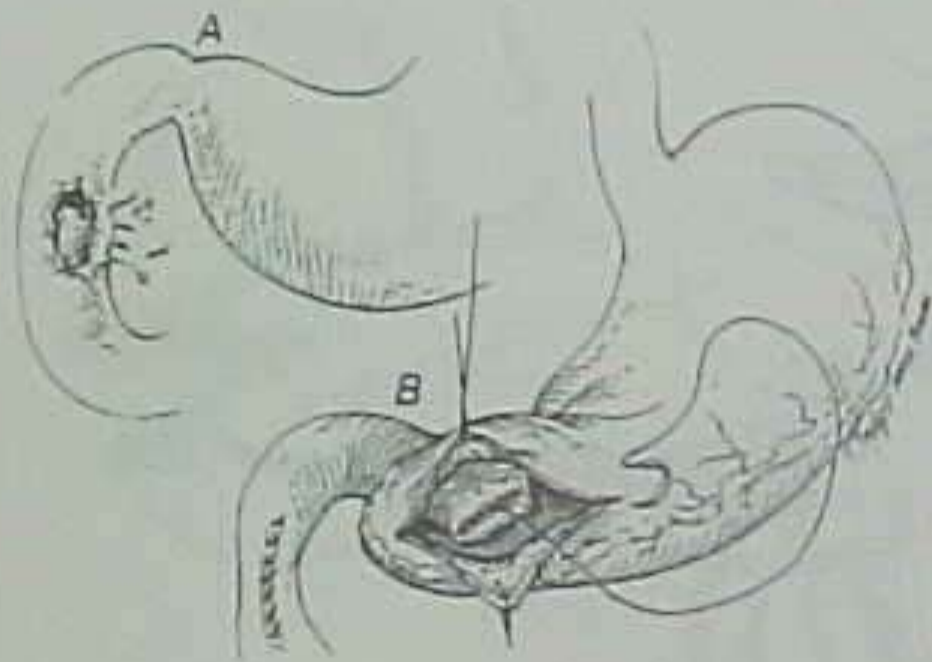
- INDICADO NOS CASOS DE PERDA DE PAREDE ANTERIOR EM D2 PROXIMO A AMPOLA DE VÁTER.

# 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.





# 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<sup>a</sup> 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