

Edição II

Clínica Médica & Cirurgia

Capítulo 02

TRAUMA: ABORDAGEM INICIAL, FAST, PRIORIDADES CIRÚRGICAS

MARINA DE SENNA CARLI¹

¹Cirurgiã Geral do Hospital Municipal de Governador Valadares, Governador Valadares, MG, Brasil.

Palavras-chave: Trauma Abdominal; FAST; Prioridades Cirúrgicas.

INTRODUÇÃO

A partir de 1980, agressões e acidentes assumem destaque na morbimortalidade do Brasil e no mundo, especialmente em indivíduos entre 15 e 44 anos de idade. Dados epidemiológicos demonstram que homens são mais suscetíveis, fator atribuído à maior exposição a comportamentos de risco e atividades esportivas de alto impacto (SMITH *et al.*, 2018).

O atendimento a uma vítima de trauma deve contemplar todos os passos do atendimento ao politraumatizado. O atendimento de forma sistemática proposta pelo Colégio Americano de Cirurgiões é de fundamental importância, pois garante a identificação e tratamento prioritário de lesões que mais rapidamente levariam ao óbito (VIEIRA *et al.*, 2023).

O trauma abdominal é uma condição médica complexa, envolve lesões na região do abdome por forças externas, dividindo-se em fechado/contuso, quando a pele permanece íntegra, ou aberto/penetrante, quando possui solução de continuidade (VIEIRA *et al.*, 2023).

A confirmação diagnóstica de lesão intra-abdominal frequentemente requer exames de imagem, sendo o ponto mais importante avaliar se o paciente apresenta ou não estabilidade hemodinâmica (VARMA *et al.*, 2023).

O FAST (Focused Assessment with Sonography in Trauma) é um exame que pode ser feito na avaliação inicial, principalmente em pacientes instáveis, sem mover o paciente para a sala de radiologia. Seu principal objetivo é encontrar derrame pericárdico ou líquido livre na cavidade, que poderia justificar o quadro de instabilidade ou hipotensão sem causa aparente (VARMA *et al.*, 2023; MIRZAMOHAMADI *et al.*, 2024).

A tomografia computadorizada fornece detalhes anatômicos das lesões, permite identificar presença de ar fora de alça intestinal, que sugere fortemente lesão de víscera oca, classi-

fica grau de lesão de vísceras sólidas e identifica lesões adjacentes. Porém, para ser realizado, é necessário o paciente apresentar estabilidade hemodinâmica (VARMA *et al.*, 2023; MIRZAMOHAMADI *et al.*, 2024).

O objetivo principal deste capítulo de revisão de literatura médica foi discorrer sobre a abordagem do trauma abdominal, conforme preconizado pelo protocolo Advanced Trauma Life Support (ATLS), com foco nas diferenças entre as abordagens do trauma contuso e aberto, assim como identificar as indicações imediatas de laparotomia, reforçando a importância de conhecer protocolos de atendimento ao politraumatizado e estudo contínuo sobre tema por parte da equipe multidisciplinar que atende pacientes vítimas de trauma.

MÉTODO

Delineamento do estudo

O presente estudo caracteriza-se como revisão narrativa, realizada no período entre setembro de 2025 e fevereiro de 2026. Para nortear a pesquisa bibliográfica, foram definidos os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e palavras-chave: "FAST", "Trauma Abdominal", "Politraumatizado", "Prioridades no Trauma" e "ATLS".

Pesquisa bibliográfica e análise de dados

Foi feita uma pesquisa bibliográfica, abrangendo relatos de caso e artigos de revisão publicados nos últimos vinte e cinco anos, escritos nas línguas inglesa e portuguesa, nas bases de dados LILACS, SciELO, PubMed e Google Acadêmico. Desta busca foram encontrados 25 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção, levando em consideração sua abrangência e confiabilidade. Os resultados foram apresentados em forma descritiva, com ênfase nos aspectos médicos relacionados às prioridades no trauma abdominal.

Critérios de inclusão e exclusão

O critério de inclusão foi artigos que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, disponibilizados na íntegra. Foram excluídos os artigos que não se adequavam ao escopo do estudo, bem como aqueles com metodologia questionável.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O tratamento de uma vítima de trauma grave tem como objetivo a identificação e instituição de medidas terapêuticas de lesões que implicam maior risco de morte, através de uma abordagem sistematizada, conduzida através do ABCDE do trauma, recomendado pelo ATLS (VIEIRA *et al.*, 2023).

O trauma é uma das principais causas de mortalidade nas primeiras décadas de vida e é responsável por 8% da mortalidade no mundo (WANG *et al.*, 2022).

A cavidade intraperitoneal é capaz de gerar sangramento volumoso e levar à morte por choque hemorrágico. O sucesso no manejo do trauma abdominal é caracterizado pela eficiência da abordagem inicial e precoce tratamento das lesões intra-abdominais, quando presentes (VIEIRA *et al.*, 2023).

O trauma abdominal pode ser classificado em dois mecanismos diferentes: trauma contuso ou fechado, quando não ocorre rompimento da integridade da pele; e trauma penetrante, quando existe solução de continuidade da pele, usualmente causados por armas de fogo ou por armas brancas (VIEIRA *et al.*, 2023).

A avaliação diagnóstica inicial do trauma abdominal não visa determinar precisamente o órgão acometido, e sim se há ou não indicação cirúrgica imediata. As abordagens do trauma penetrante e contusão abdominal são diferentes; nas lesões penetrantes, a laparotomia sempre é indicada se houver choque hemodinâmico, peritonite ou evisceração, sendo desnecessário

solicitar exames adicionais. No trauma contuso, a indicação cirúrgica faz-se imediata na presença de peritonite ou de retro/pneumoperitônio (MIRZAMOHAMADI *et al.*, 2024).

Na lesão por arma branca (PAB), em paciente que não apresente indicação imediata de cirurgia, se ferida em parede anterior ou lateral do abdome, deve-se realizar exploração digital por cirurgião sob anestesia local, na qual se negativa, ou seja, sem penetração em cavidade, realiza-se sutura da lesão e alta hospitalar. Se exploração digital positiva ou duvidosa, mantém paciente em observação ativa por 24 h com hemograma seriado, se houver queda hematimétrica maior 3 g/dL ou presença leucocitose, indica-se tomografia computadorizada (TC) para investigar melhor possível lesão intra-abdominal (DAVIS *et al.*, 2020).

Em relação às perfurações por arma de fogo (PAF), se acometer parede anterior, com violação de cavidade, indica-se laparotomia, pelo risco alto de lesão intra-abdominal. Se PAF em dorso ou flanco em pacientes estáveis, recomenda-se realizar TC de abdome (DAVIS *et al.*, 2020; VARMA *et al.*, 2023).

A possibilidade de lesão varia de acordo com o tipo de agente penetrante, de acordo com ATLS edição 2018, os órgãos mais envolvidos nas lesões por arma de fogo são: intestino delgado (50%), cólon (40%), fígado (30%). Enquanto que nas lesões por arma branca os mais envolvidos são, respectivamente, fígado (40%), seguido por intestino delgado (30%) e diafragma (20%).

Em relação ao trauma contuso de abdome, sempre que houver irritação peritoneal ou evidência de retroperitônio ou pneumoperitônio, indica-se laparotomia. Caso o paciente não se enquadre nessas indicações, é essencial avaliar se existe ou não estabilidade hemodinâmica. Em paciente politraumatizado com lesões multissistêmicas que apresentem instabilidade hemodinâmica, o sangramento pode ser prove-

niente de qualquer quadrante lesado, assim, são empregados métodos beira leito para avaliar a presença de lesão de vísceras, sem necessidade de locomoção de paciente para outro setor, sendo os principais o FAST e Lavado Peritoneal Diagnóstico (LPD) (VIEIRA *et al.*, 2023).

O LPD é um exame normalmente utilizado em indivíduos não responsivos (trauma crânio-encefálico ou intoxicação exógena) e/ou hipotensos sem causa aparente ou lesões multissistêmicas. É capaz de identificar presença de lesão intestinal de forma rápida, porém possui como desvantagem a difícil repetição, ser um método invasivo, dificuldade de identificar lacerações diafragmáticas, lesões extraperitoneais e pequenas lesões intestinais (ATLS, 2018; VIEIRA *et al.*, 2023).

O FAST tem como objetivo identificar presença de líquido livre na cavidade abdominal, capaz de detectar coleções maiores que 250 mL, através de avaliação abdominal com auxílio de ultrassom em quatro sítios: (1) espaço hepatorenal ou espaço de Morrison, (2) espaço esplenorrenal, (3) pelve ou fundo de saco de Douglas, (4) pericárdio. Possui vantagem em relação ao LPD de ser exame não invasivo e permitir repetição se necessário. A desvantagem é possuir baixa acurácia em obesos, exame examinador-dependente, resultados falsos-negativos nas lesões retroperitoneais e lesão de vísceras ocas (VARMA *et al.*, 2023).

Se paciente com trauma contuso instável hemodinamicamente e FAST positivo, indica-se laparotomia. Enquanto que, se o paciente está hemodinamicamente estável com FAST positivo, indica-se realização de tomografia de abdome (KYLE *et al.*, 2024).

A tomografia computadorizada exige que paciente esteja estável hemodinamicamente, é um exame capaz de identificar diagnóstico anatômico da víscera lesada, visualiza ossos e tecidos e avalia bem o retroperitônio (VARMA *et al.*, 2023).

A videolaparoscopia é um método diagnóstico que exige estabilidade hemodinâmica, mais comumente usado em duas situações no contexto de trauma: no trauma abdominal penetrante com dúvida quanto ao acometimento intra-abdominal; e nas lesões penetrantes que acometem transição toracoabdominal com suspeita de lesão diafragmática, pois esse tipo de lesão pode passar despercebido na tomografia (WANG *et al.*, 2022).

CONCLUSÃO

O trauma abdominal é uma condição médica complexa que pode gerar desde pequenas lesões tratadas de forma não operatória, até lesões potencialmente fatais. As indicações de laparotomia divergem no trauma contuso e aberto, nas feridas penetrantes é mandatória a laparotomia exploratória na presença de choque hemodinâmico ou evisceração, enquanto que no trauma contuso as indicações de laparotomia imediata seriam irritação peritoneal e pneumoperitônio evidenciado em exames de imagem com radiografia ou tomografia computadorizada.

Uma abordagem seguindo protocolos específicos permite diagnóstico preciso e o tratamento adequado de lesões intra-abdominais, otimizando os resultados clínicos e permite mais rápida recuperação dos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support (ATLS): Manual do Curso para Médicos. 10. ed. Chicago: American College of Surgeons, 2018.

DAVIS, S. W.; *et al.* Surgical interventions in abdominal trauma. *Surgical Clinics of North America*, v. 100, n. 2, p. 287–302, 2020.

KYLE, E.; *et al.* Penetrating abdominal trauma. *British Journal of Surgery*, v. 111, n. 8, p. znae206, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1093/bjs/znae206>.

MIRZAMOHAMADI, S.; *et al.* Patterns and outcomes of patients with abdominal injury: a multicenter study from Iran. *BMC Emergency Medicine*, v. 24, n. 1, p. 91, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12873-024-01002-0>.

SMITH, J.; *et al.* Epidemiology of abdominal trauma: A comprehensive review. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, v. 85, n. 3, p. 414–424, 2018.

VARMA, D.; *et al.* Importance of the mechanism of injury in trauma radiology decision-making. *Korean Journal of Radiology*, v. 24, n. 6, p. 522–528, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3348/kjr.2022.0966>.

VIEIRA, M. K. A.; *et al.* Visão geral do trauma abdominal: revisão abrangente da literatura. *Studies in Health Sciences, Curitiba*, v. 4, n. 3, p. 784–800, 2023. DOI: <https://doi.org/10.54022/shsv4n3-010>.

WANG, J.; *et al.* Laparoscopy versus laparotomy for the management of abdominal trauma: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Surgery*, v. 9, p. 817134, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3389/fsurg.2022.817134>.