

# TRAUMA, CIRURGIA E MEDICINA INTENSIVA

EDIÇÃO VII

## Capítulo 1

# SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUDA: UMA ABORDAGEM AMPLA DE EMERGÊNCIAS DO TRAUMA

ANA CAROLINA LAZZARI BRITO<sup>1</sup>  
BEATRIZ CAMILO KLEIS<sup>1</sup>  
CAMILA FERNANDA GELHARDT<sup>1</sup>  
CARLOS AUGUSTO DE LIMA<sup>2</sup>  
ELOISA KMIECIK<sup>1</sup>  
ENZO FORTE TRAUTWEIN<sup>1</sup>  
ISMAEL LEVI PEREIRA COSTA<sup>1</sup>  
JULIA MASSOTTI PINTO<sup>1</sup>  
LEONARDO STAHELIN DA SILVA<sup>1</sup>  
LUCAS PATISSI VEGINI<sup>1</sup>  
NATÁLIA BORBA SIEBERT<sup>1</sup>  
RONALDO KLUG JUNIOR<sup>1</sup>  
SOPHIA THOMASSEN<sup>1</sup>  
SOFIA REIS DADAM<sup>1</sup> THOR PINHEIRO SANDRI DA SILVA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Discente – Medicina na Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI)

<sup>2</sup>Docente – Medicina na Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI)

*Palavras-chave: Síndrome Compartimental Aguda; Mecanismos; Abordagens*

**EP** EDITORA  
**PASTEUR**

10.59290/978-65-6029-260-4.1

## INTRODUÇÃO

A síndrome compartimental é uma condição clínica caracterizada pelo aumento da pressão dentro de um compartimento osteofascial, o que compromete a perfusão capilar e pode levar à isquemia e à necrose dos tecidos musculares e nervosos ali contidos (RANG *et al.*, 2015). Trata-se de uma emergência médica que exige diagnóstico precoce e preciso, além de intervenção cirúrgica imediata para evitar danos permanentes ao membro afetado, sendo indispensável o conhecimento anatômico da região por parte do profissional.

Esses compartimentos musculares são envoltos por fáscias espessas e pouco complacentes, o que dificulta a dissipação do aumento de volume interno (MATSEN, 1980). Dessa forma, o atraso no diagnóstico está diretamente associado ao aumento do risco de necrose muscular, neuropatias periféricas e, em casos mais graves, à necessidade de amputação (RASUL, 2024).

Embora a literatura enfatize predominantemente o quadro agudo da síndrome, há espaço para discussão sobre sua forma crônica. Enquanto a apresentação aguda está mais relacionada a traumas, a forma crônica ocorre principalmente em atletas submetidos a atividades físicas repetitivas (DUARTE *et al.*, 2023).

Nesta revisão, a síndrome compartimental será abordada sob uma perspectiva abrangente, partindo de seus fundamentos fisiopatológicos e anatômicos, passando pela apresentação clínica e diagnóstico, até chegar às condutas cirúrgicas e ao manejo pós-operatório.

O objetivo deste estudo foi revisar a literatura sobre a síndrome compartimental, analisando seus mecanismos fisiopatológicos, causas, diagnóstico, conduta cirúrgica e cuidados

pós-operatórios, visando fornecer um embasamento teórico sólido para uma abordagem clínica eficiente.

## MÉTODO

Este estudo trata-se de uma revisão narrativa realizada entre janeiro e abril de 2025, fundamentada na busca de artigos científicos nas bases de dados PubMed, Medline, SciELO e Lilacs. Foram utilizados os seguintes descritores: Síndrome Compartimental Aguda, Fisiopatologia, Traumas, Diagnóstico, Abordagem Cirúrgica e Complicações.

Inicialmente, a pesquisa identificou 150 artigos, que foram então submetidos aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Os critérios de inclusão envolveram artigos publicados entre 2011 e 2025 nos idiomas inglês, espanhol e português, desde que abordassem os temas propostos e estivessem disponíveis na íntegra. Foram considerados estudos do tipo revisão, experimentais e meta-análises. Já os critérios de exclusão abrangeram artigos duplicados, limitados a resumos, ou que não atendiam diretamente aos objetivos do estudo.

Após a aplicação desses filtros, 42 artigos foram selecionados para leitura detalhada e extração de dados. Os resultados foram organizados de forma descritiva, sendo divididos em cinco categorias temáticas: Mecanismos Fisiopatológicos, Causas Mais Comuns, Diagnóstico Clínico, Conduta Cirúrgica e Cuidados Pós-Operatórios, Prognóstico e Complicações. Essa abordagem garantiu uma análise abrangente da síndrome compartimental, favorecendo a discussão sobre os principais aspectos clínicos e terapêuticos da condição.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Mecanismos Fisiopatológicos

A síndrome compartimental é causada pelo aumento excessivo da pressão dentro de um

compartimento muscular, o que compromete a perfusão capilar e leva a isquemia e hipóxia dos tecidos (GRANGER & SENCHENKOVA, 2010). Normalmente, o fluxo sanguíneo capilar é regulado pelo tônus das arteríolas e esfíncteres pré-capilares, respondendo às demandas metabólicas do tecido. Entretanto, em condições inflamatórias agudas ou crônicas, como na síndrome compartimental, essa regulação é prejudicada, resultando em déficits de oxigenação que podem comprometer a viabilidade celular.

A pressão tecidual normal varia entre 0 e 10 mmHg, mas quando ultrapassa 20 mmHg, o fluxo sanguíneo capilar pode ser reduzido, e pressões superiores a 30 mmHg aumentam significativamente o risco de necrose isquêmica. Embora as diretrizes médicas geralmente se baseiam em pressões absolutas, há uma tendência crescente de utilizar pressões delta para um diagnóstico mais preciso, comparando a pressão do compartimento com a pressão arterial diastólica (FULFORD, 2023).

Os membros inferiores são altamente suscetíveis à síndrome compartimental devido à complexa divisão anatômica em compartimentos distintos. A perna inferior contém quatro compartimentos principais – anterior, lateral, superficial posterior e profundo posterior –, além de um quinto compartimento adicional para o músculo tibial posterior. O aumento da pressão em cada um deles pode comprometer nervos e músculos específicos, levando a déficits sensoriais e motores, como fraqueza na dor-siflexão, eversão do pé ou diminuição da sensibilidade (JORGE *et al.*, 2024).

Já os membros superiores possuem múltiplos compartimentos no braço, antebraço e mão, que também podem ser afetados pela síndrome. A mão tem 10 compartimentos distintos, enquanto o antebraço possui três, sendo o compartimento volar o mais suscetível ao aumento de pressão. O braço, por sua vez, contém

compartimentos anterior, posterior e deltoide, com diferentes graus de comprometimento conforme a extensão da lesão (MIRANDA-KLEIN *et al.*, 2020).

A síndrome compartimental intra-abdominal pode comprometer diversos sistemas fisiológicos. No sistema nervoso central, reduz a perfusão cerebral e aumenta a pressão intracraniana, podendo causar estase venosa. No sistema cardiovascular, compromete o retorno venoso e eleva a pressão intratorácica, podendo resultar em hipovolemia. No sistema renal, pode levar à insuficiência aguda ao reduzir o fluxo plasmático renal, ativando o sistema renina-angiotensina, que provoca vasoconstrição severa e aumento dos níveis de ADH e aldosterona, favorecendo efeitos antidiuréticos (MONTALVO-JAVE *et al.*, 2020).

A fisiopatologia da síndrome compartimental segue um ciclo progressivo, em que o aumento da pressão leva a isquemia, hipóxia, inflamação e extravasamento de fluidos, intensificando o dano tecidual. Esse processo pode culminar em necrose muscular, rabdomiólise e choque, além de disfunções sistêmicas graves que podem comprometer a recuperação do paciente (LOPES *et al.*, 2024).

### **Comprometimento Neuromuscular e Vascular**

A síndrome compartimental pode causar lesões neuromusculares graves devido ao aumento sustentado da pressão, levando à isquemia muscular e danos aos nervos periféricos. A compressão do feixe neurovascular em compartimentos específicos, como na Síndrome do Aprisionamento da Artéria Poplítea (SAAP), pode resultar em deficiência sensitiva e motora, incluindo dor crônica, parestesia e fraqueza muscular. Em casos como a síndrome compartimental da região glútea, o comprometimento

do nervo isquiático pode gerar sequelas irreversíveis, como queda do pé e dor persistente (BROADHURST & ROBINSON, 2020).

Além do impacto neuromuscular, a síndrome compartimental pode desencadear rabdomiólise e insuficiência renal aguda devido à necrose muscular, liberação excessiva de mioglobina e formação de ácido úrico. Esses fatores podem comprometer a função renal, levando à hipovolemia, obstrução tubular e toxicidade direta pela mioglobina, agravando o quadro clínico. Em casos graves, ocorre acúmulo de potássio no sangue, resultando em arritmias cardíacas e risco de óbito (BENEVIDES & NOCHI JÚNIOR, 2006).

### **Rabdomiólise e Lesão Renal por Consequência da Síndrome Compartimental**

A rabdomiólise é uma das principais complicações da síndrome compartimental, ocorrendo devido à compressão prolongada da musculatura que leva à necrose celular. A destruição muscular resulta na liberação massiva de mioglobina, creatina quinase (CPK) e outras proteínas no sangue, desencadeando uma resposta inflamatória exacerbada. Esse processo pode ser agravado por fatores como isquemia, reperfusão e acidose metabólica, aumentando o risco de disfunção sistêmica (BENEVIDES & NOCHI JÚNIOR, 2006).

A sobrecarga de mioglobina na circulação é particularmente preocupante para os rins, pois essa proteína, quando em excesso, pode se precipitar nos túbulos renais, causando obstrução e toxicidade direta. Isso leva a insuficiência renal aguda, geralmente associada à hipovolemia e alterações eletrolíticas, como hipercalemia, um aumento crítico do potássio sérico que pode desencadear arritmias cardíacas e potencial risco de óbito (BENEVIDES & NOCHI JÚNIOR, 2006).

O mecanismo renal na rabdomiólise envolve redução do fluxo sanguíneo glomerular e

ativação do sistema renina-angiotensina, provocando vasoconstrição severa e retenção de líquidos. Em casos extremos, o paciente pode evoluir para necrose tubular aguda, requerendo suporte avançado, incluindo terapia de reposição volêmica agressiva e, em alguns casos, hemodiálise para remover substâncias tóxicas acumuladas no sangue (MONTALVO-JAVE *et al.*, 2020).

A evolução clínica do paciente depende da precocidade do diagnóstico e da intervenção médica. O tratamento envolve a administração de líquidos intravenosos para aumentar o fluxo renal, correção dos desequilíbrios metabólicos e monitoramento rigoroso da função renal. A identificação precoce da síndrome compartimental e sua repercussão sistêmica é essencial para evitar danos irreversíveis e reduzir a mortalidade associada à rabdomiólise (PARK *et al.*, 2010).

### **Fisiopatologia da Síndrome Compartimental Crônica**

A síndrome compartimental crônica (SCC) ocorre devido ao aumento de pressão dentro de compartimentos musculares não expansíveis, resultando em dor intensa e redução da perfusão tecidual. Esse quadro é frequentemente observado em atletas e indivíduos submetidos a exercícios repetitivos, como corrida, onde o aumento da demanda metabólica e a hipertrofia muscular contribuem para a elevação da pressão intracompartimental. Diferente da forma aguda, a SCC não está relacionada a trauma direto, mas sim a atividades físicas prolongadas que promovem distúrbios na microcirculação e na resposta inflamatória local (DUARTE, 2023).

O compartimento anterior da perna é o mais comumente afetado, mas casos de pressão elevada também foram identificados no compartimento posterior profundo. Os pacientes relatam dor progressiva, endurecimento muscular e fraqueza, especialmente após esforço físico, com

sintomas se intensificando cerca de 30 minutos após o início da atividade. Formigamento e parestesia são manifestações adicionais em alguns casos, evidenciando comprometimento neuromuscular. A SCC pode ser diagnosticada por meio da medida da pressão intracompartimental, que aumenta significativamente após exercícios, frequentemente alcançando valores três a quatro vezes superiores ao normal (WINKES *et al.*, 2016).

O diagnóstico diferencial da SCC envolve a exclusão de doenças vasculares, neuropatias e síndromes de sobrecarga. Exames de imagem como ressonância magnética podem ser úteis, mas a anamnese cuidadosa e a observação da resposta à atividade física são fundamentais. O tratamento inicial envolve descanso e fisioterapia, com foco na redução da carga mecânica sobre o músculo. Nos casos em que a dor persiste e compromete a funcionalidade do paciente, a fasciotomia pode ser indicada para alívio da pressão e restauração da circulação tecidual normal (JORGE *et al.*, 2024).

Relatos clínicos evidenciam que pacientes submetidos à fasciotomia para SCC apresentam melhora significativa, podendo retomar suas atividades sem dor. A recuperação pós-operatória exige monitoramento da cicatrização, fortalecimento muscular progressivo e reeducação funcional para prevenir recorrência dos sintomas. A SCC, embora menos grave que sua forma aguda, pode impactar a qualidade de vida dos pacientes, tornando essencial um diagnóstico precoce e uma abordagem terapêutica adequada (ZENTENO-CHAVEZ, 2018).

### **Causas Mais Comuns**

A síndrome compartimental aguda (SCA) pode ser causada por diferentes fatores, sendo dividida em traumáticas, atraumáticas e nosocomiais. As origens traumáticas são as mais frequentes, representando cerca de 70% dos casos, principalmente em decorrência de fraturas aber-

tas ou fechadas, como a fratura da diáfise da tíbia. Além das fraturas, traumas penetrantes por armas brancas ou contusos, como quedas, podem desencadear o aumento da pressão intracompartimental, levando à isquemia e necrose muscular (MCQUEEN *et al.*, 2000).

As causas atraumáticas incluem reperfusão de tecido muscular isquêmico, trombose venosa profunda (TVP) e infecções graves, como as relacionadas ao *Streptococcus* do grupo A. Além disso, condições como abuso de substâncias (especialmente cocaína) e exercícios físicos excessivos podem induzir rabdomiólise, elevando o risco de desenvolvimento da síndrome compartimental. A resposta inflamatória exacerbada nesses casos pode comprometer a microcirculação tecidual, agravando o quadro clínico (CHEN *et al.*, 2013; BYERLEY *et al.*, 2017).

Já as causas nosocomiais estão relacionadas a procedimentos médicos inadequados, como curativos e gessos excessivamente apertados, posicionamento inadequado do paciente em cirurgias prolongadas e sangramentos pós-operatórios não controlados. Esses fatores podem gerar edema significativo e aumento da pressão dentro dos compartimentos musculares, exigindo monitoramento rigoroso para evitar complicações graves (KAKAGIA *et al.*, 2014; ZUCHELLI *et al.*, 2017).

### **Diagnóstico Clínico**

O diagnóstico da síndrome compartimental aguda exige um elevado grau de suspeição clínica, especialmente em pacientes com lesões de alto risco. A manifestação inicial costuma envolver dor intensa desproporcional à lesão, agravada pelo alongamento passivo dos músculos afetados. Outros sinais incluem parestesia, palidez e déficit motor, podendo evoluir para perda da função neuromuscular caso não haja intervenção precoce. Nos casos mais graves, a

ausência de pulso pode indicar comprometimento vascular significativo, embora esse achado nem sempre esteja presente (ELLIOTT & JOHNSTONE, 2014).

A avaliação física deve ser criteriosa, verificando temperatura, tensão muscular, edema e sensibilidade na área acometida. Nos casos em que o paciente está não responsivo, como sob efeito de sedação ou trauma grave, a medição da pressão intracompartimental é fundamental para confirmar o diagnóstico. Pressões superiores a 30 mmHg indicam risco elevado de necrose tecidual, sendo a fasciotomia a principal intervenção recomendada. Métodos de aferição como o cateter pavio (para monitoramento contínuo) e o *Stryker Intra-Compartmental Pressure Monitor System* (para medição pontual) são amplamente utilizados (ELLIOTT & JOHNSTONE, 2003).

Exames complementares podem auxiliar na avaliação da síndrome compartimental. A ultrassonografia com contraste pode identificar alterações na perfusão muscular, mas sua eficácia depende da experiência do examinador. Além disso, condições vasculares preexistentes podem mascarar ou alterar os resultados, tornando essencial a correlação com os achados clínicos. Testes laboratoriais, como dosagem de CPK e marcadores inflamatórios, podem sugerir necrose muscular em evolução, fortalecendo a hipótese diagnóstica (KAKAGIA *et al.*, 2014).

O reconhecimento precoce da síndrome compartimental é crucial para evitar danos permanentes, como contraturas musculares e perda da função do membro afetado. Uma abordagem diagnóstica rápida e precisa, permite intervenção cirúrgica oportuna, reduzindo o risco de sequelas graves. Assim, médicos devem estar atentos aos sinais clínicos iniciais e utilizar ferramentas diagnósticas apropriadas para garantir

o melhor desfecho possível ao paciente (RASUL, 2024).

### **Conduta Cirúrgica e Cuidados Pós Operatórios**

A síndrome compartimental requer intervenção cirúrgica imediata, geralmente por meio da fasciotomia descompressiva, para evitar necrose muscular irreversível e perda funcional do membro afetado. O procedimento deve ser realizado sem atraso quando a avaliação clínica confirma o diagnóstico. As técnicas cirúrgicas variam conforme o compartimento acometido, sendo mais comuns nos membros inferiores e superiores. Na perna, utiliza-se duas incisões principais, uma ântero-lateral e outra pósteromedial, para liberar os compartimentos anterior, lateral, superficial e profundo. No antebraço e braço, abordagens semelhantes garantem a descompressão completa, sempre preservando estruturas neurovasculares essenciais (ROCKWOOD *et al.*, 2010).

A fasciotomia não está isenta de complicações, tornando essencial uma abordagem cuidadosa para minimizar riscos de infecção e comprometimento neurovascular. O pós-operatório exige controle rigoroso da ferida cirúrgica, podendo envolver curativos estéreis ou terapia por pressão negativa para otimizar a cicatrização. O monitoramento clínico contínuo é fundamental, incluindo a avaliação da perfusão sanguínea e da função neurológica do membro. Em alguns casos, o fechamento da ferida pode ser primário retardado (após 4 a 7 dias), ou pode exigir enxertos de pele se houver perda tecidual significativa (RASTOGI, 2020).

A reabilitação é parte essencial do processo pós-operatório, iniciando com redução do edema e mobilização precoce para prevenir rigidez articular. A elevação do membro operado e o uso de medidas de suporte fisioterápico ajudam na recuperação. Assim que a cicatrização permite, inicia-se o fortalecimento muscular pro-

gressivo, seguido de reeducação funcional para o retorno gradual às atividades esportivas ou ocupacionais. A identificação precoce de complicações tardias, como deformidades, contraturas e dor crônica, é crucial para evitar sequelas permanentes (ALTAN, 2025).

O sucesso da cirurgia e do pós-operatório depende de uma abordagem multidisciplinar, garantindo que o paciente recupere a funcionalidade do membro e evite complicações graves. Um acompanhamento bem estruturado, melhora o prognóstico, permitindo que o paciente retorne com segurança às suas atividades diárias e minimize riscos de recorrência da síndrome compartimental (CABRAL *et al.*, 2024).

### **Prognóstico e Complicações**

O prognóstico da síndrome compartimental depende diretamente da rapidez no diagnóstico e intervenção cirúrgica. Quando a fasciotomia é realizada dentro de seis horas após o início dos sintomas, a recuperação funcional do membro é quase total. No entanto, atrasos superiores a 12 horas aumentam significativamente o risco de dano neuromuscular irreversível, com apenas 68% dos pacientes recuperando a função normal. Casos tardios podem evoluir para necrose muscular, infecção crônica, insuficiência renal e até falência de múltiplos órgãos, reduzindo drasticamente as chances de uma recuperação completa (TORLINCASI *et al.*, 2025).

Entre as principais complicações, destaca-se a isquemia tecidual irreversível, levando à deformidades musculares, contraturas e déficit motor permanente. A contratura de Volkmann, por exemplo, é uma consequência da necrose muscular no antebraço, causando flexão permanente do punho e dos dedos. Além disso, a síndrome pode gerar hipercalemia, devido à liberação excessiva de potássio pelas células musculares necrosadas, aumentando o risco de arritmias e parada cardíaca. Pacientes também

podem desenvolver dor crônica e comprometimento funcional do membro afetado, dificultando sua qualidade de vida (MIRZA *et al.*, 2025; PARK *et al.*, 2010).

Para minimizar complicações, o acompanhamento pós-operatório deve ser rigoroso, incluindo fisioterapia, controle do edema e monitoramento da cicatrização. A recuperação envolve mobilização precoce e fortalecimento muscular, evitando contraturas e prevenindo recidivas da síndrome. A identificação precoce de sinais de dor residual ou perda de função pode indicar necessidade de reabilitação prolongada ou até reintervenção cirúrgica. Assim, a abordagem multidisciplinar e o suporte adequado ao paciente garantem melhores chances de recuperação e retorno seguro às atividades normais (COELHO *et al.*, 2024).

## **CONCLUSÃO**

Este estudo reforça que a síndrome compartimental aguda ocorre devido ao aumento da pressão dentro de um compartimento fechado, sendo frequentemente associada a fraturas ou traumas diretos. O diagnóstico clínico deve considerar sinais como dor desproporcional à lesão, parestesia, déficits motores e sensoriais, além da tensão exacerbada no compartimento afetado. A intervenção cirúrgica, por meio da fasciotomia, ainda é a abordagem de escolha, embora exponha o paciente a riscos, como infecção e complicações neuromusculares (LONG *et al.*, 2019; BOECHAT *et al.*, 2024).

A rápida evolução da síndrome compartimental torna essencial o diagnóstico precoce, pois atrasos na identificação e no tratamento podem comprometer permanentemente a funcionalidade do membro. A isquemia irreversível e infecções graves são as principais complicações decorrentes do manejo inadequado, ressaltando a importância da capacitação médica para

uma abordagem eficiente e assertiva. O reconhecimento precoce dos sinais clínicos e a realização de exames complementares podem melhorar os desfechos e reduzir sequelas funcionais.

Apesar dos avanços no conhecimento da fisiopatologia e abordagem terapêutica da síndrome compartimental, mais estudos são necessários para otimizar estratégias de diagnóstico e

intervenção minimamente invasiva. A aplicação de novas técnicas de monitoramento da pressão compartimental e o desenvolvimento de protocolos aprimorados de manejo pós-operatório podem contribuir para redução das taxas de morbidade e melhora da qualidade de vida dos pacientes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ROCKWOOD, AC.; GREEN, DP.; BUCHOLZ, RW. Rockwood & Green's fractures in adults. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott, Williams & Wilkins, 2010.

ALTAN, L. Postoperative rehabilitation of compartment syndrome following fasciotomy. Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation. v. 69, p. 133-139, 2023.

BENEVIDES, M L. Rabdomiólise por Síndrome Compartmental Glútea após Cirurgia Bariátrica: Relato de Caso. Revista Brasileira Anestesiologia. v. 56, p. 408-412, 2006; DOI:10.1590/S0034-70942006000400009.

BOECHAT, EP.; NETTO, JQ. Síndrome compartimental: uma análise das possíveis complicações no contexto de fraturas expostas. Brazilian Journal of Health Review. 2024. Acesso em: 25 abr. 2025.

BROADHURST, PK.; ROBINSON, LR. Compartment syndrome: neuromuscular complications and electrodiagnosis. Muscle Nerve. v. 62, p. 300 – 308, 2020. DOI:10.1002/mus.26807.

BYERLY, S. *et al.* Peak creatinine kinase level is a key adjunct in the evaluation of critically ill trauma patients. The American Journal of Surgery. v. 214 p. 201-206, 2017. Acesso em: 28 abr. 2025.

CABRAL, BM. *et al.* Manejo de síndrome compartimental em traumatismos graves: diagnóstico, intervenção cirúrgica e cuidados pós-operatórios. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences. v. 9, p 661-675, 2024. Acesso em: 22 abr. 2025.

CHEN, C. *et al.* Clinical factors in predicting acute renal failure caused by rhabdomyolysis in the ED. The American Journal of Emergency Medicine. v. 31, p 1062 – 1066, 2013.

DU, W. *et al.* Surgical management of acute compartment syndrome and sequential complications. BMC Musculoskeletal Disorders. v. 20, 2019.

DUARTE, ML. *et al.* Chronic exertional compartment syndrome. Medicina (Buenos Aires). v. 83, p. 497, 2023.

ELIOTT, KG.; JOHNSTONE, AJ. Diagnosing acute compartment syndrome. Journal of Bone and Joint Surgery. v.58, p. 625-632, 2003.

ELLIOTT, KG.; JOHNSTONE, AJ. Diagnosing acute compartment syndrome. The Open Orthopaedics Journal, [S.l.], v. 8, p. 185-190, 2014.

FULFORD, D. Compartment syndrome. Life in the Fast Lane. 6 jul. 2023.

GRANGER, DN.; SENCHENKOVA, E. Capillary Perfusion. In: GRANGER, D. N.; SENCHENKOVA, E. Inflammation and the Microcirculation. San Rafael (CA): Morgan & Claypool Life Sciences; 2010

JORGE, PB. *et al.* A Síndrome Compartmental Crônica em Atletas. Revista Brasileira de Ortopedia. v. 5, p. 650-656, 2024; DOI:10.1055/s-0044-1787766. Acesso em: 23 abr. 2025.

KAKAGIA, D. *et al.* Wound closure of leg fasciotomy: comparison of vacuum-assisted closure versus shoelace technique. A randomised study. Injury. v. 45, p. 890-893, 2014.

LONG, B.; KOYFMAN, A.; GOTTLIEB, M. Evaluation and management of acute compartment syndrome in the emergency department. The Journal of Emergency Medicine. v. 56, p. 386-397, 2019.

LOPES, FA. *et al.* Fasciotomia em membro superior após síndrome compartimental por acidente ofídico com posterior enxertia e plástica em Z: relato de caso. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica. v. 39, n. 1, p. 123-127, 2024; DOI:10.5935/2177-1235.2024RBCP0850-PT. Acesso em: 22 abr. 2025.

MATSEN, FA. Síndromes compartimentais. Prática Hospitalar. v. 15, p. 113-120, 1980.

MCQUEEN, M.; GASTON, P.; COURT-BROWN, C. Acute compartment syndrome. Who is at risk? *J Bone Joint Surg Br.* v. 82, p. 200–203, 2000.

MIRANDA-KLEIN, J.; HOWELL, CM.; DAVIS-CHESHIRE, M. Recognizing and managing upper extremity compartment syndrome. *JAAPA.* v. 33, p. 15–20, 2020.

MONTALVO-JAVE, EE. *et al.* Abdominal compartment syndrome: current concepts and management. *Revista de Gastroenterología de México.* v.85, p. 443–451, 2020. DOI:10.1016/j.rgmx.2020.03.003.

NATÁLIA VAZ COELHO *et al.* Síndrome compartimental: uma análise das possíveis complicações no contexto de fraturas expostas. *Brazilian Journal of Health Review,* v. 7, n. 1, p. 900–907, 11 jan. 2024.

PARK, SE.; KIM, DY.; PARK, ES. Hyperkalemia in a patient with rhabdomyolysis and compartment syndrome – a case report. *Korean Journal Anesthesiol.* v. 59, p. 37–40, 2010.

RANG, M.; HEYN, R.; MAHONEY, L. O paciente ortopédico pediátrico. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.

RASTOGI, R. *et al.* Surgical outcomes after fasciotomy for chronic exertional compartment syndrome in athletes: a systematic review. *Orthopaedic Journal of Sports Medicine.* v. 8, 2020.

RASUL, AT. Acute Compartment Syndrome: Practice Essentials, Anatomy, Pathophysiology. Medscape. 2024.

TORLINCASI, AM.; LOPEZ, RA.; WASEEM, M. Acute Compartment Syndrome. National Institutes of Health. 2023.

WINKES, MB. *et al.* Fasciotomy for deep posterior compartment syndrome in the lower leg: a prospective study. *The American Journal of Sports Medicine.* v. 44, p. 1309–1316, 2016. DOI:10.1177/0363546515626540.

ZENTENO-CHAVEZ, B. Manejo del síndrome compartimental crónico de la pierna en atletas. *Acta Ortopédica Mexicana.* v. 32, p. 41–43, 2018.