

Palestras
HÉRNIA INGUINAL

Valadares FD.

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

As hérnias inguinais são afecções extremamente frequentes nos serviços de cirurgia geral. Sua importância se deve a alta incidência (50% de todas as hérnias são do tipo inguinal indireto e 25% são do tipo direto), risco de complicações (são a segunda maior causa de obstrução do intestino delgado), recidiva (varia de 2 a 10% conforme a técnica utilizada na correção), e aspectos socioeconômicos (incide predominantemente no sexo masculino, numa fase produtiva, causando incapacidade transitória).

As hérnias inguinais podem ser classificadas em indireta – que desce ao longo do canal inguinal - e direta – que faz protrusão através do triângulo de Hesselbach. A primeira, de caráter congênito, ocorre pela persistência do conduto peritônio-vaginal. A segunda é adquirida como resultado de uma fraqueza na fâscia transversal, que tem demonstrado estar relacionada a defeitos hereditários na síntese ou renovação do colágeno.

O diagnóstico clínico pode não ser muito fácil pelo fato de as hérnias inguinais serem, na maioria das vezes, assintomáticas. O que se percebe é uma massa (reduzível ou não), que surge em decúbito, ortostase, ou esforço abdominal. O diagnóstico diferencial das hérnias da virilha – hérnia inguinal indireta, hérnia inguinal direta e hérnia femoral – se baseia na localização do saco herniário, no conteúdo do mesmo, no diâmetro de seu colo, e na consistência da parede posterior da região ínguino-femoral.

No tocante ao tratamento, devem constituir prioridades, independentemente da técnica, a segurança relacionada a hemostasia e síntese, a simplicidade de execução, os menores índices de complicações e recidivas, a menor incidência de dor no pós-operatório, e reduzido tempo de recuperação.

OBESIDADE MÓRBIDA

Pereira RM, Diniz MTC.

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

A obesidade é uma endemia global, de etiologia multifatorial, que implica em sérias ameaças à saúde pública. A entidade é denominada mórbida quando o Índice de Massa Corporal (IMC) excede 35 kg/m². Os obesos exibem graves problemas em qualquer esfera: fisicamente, emocionalmente, economicamente e socialmente. Existe uma relação direta entre a quantidade de excesso de peso e a incidência da morbidade e mortalidade oriundas da doença cardiovascular, diabetes, acidente vascular cerebral, certos tipos de câncer, dentre outras doenças. Alguma forma de manejo terapêutico deve ser fornecida ao paciente com IMC > 25 kg/m². A agressividade da terapia é determinada pelo risco do paciente e por sua disponibilidade e desejo de seguir o tratamento. Como o tratamento não cirúrgico geralmente é ineficaz no controle da obesidade mórbida, a maioria das autoridades concorda, hoje em dia, com a recomendação da National Consensus Conference on Surgery for Obesity, de que a operação é o tratamento de escolha para uma pequena porcentagem de pessoas que sofrem de obesidade grave. Quase todos os obesos mórbidos submetidos à cirurgia bariátrica e que apresentam uma perda de peso satisfatória no pós-operatório, experimentam uma melhora significativa na sua qualidade de vida.

APENDICITE

Andrade AB, Costa LLA.

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

Apesar dos avanços tecnológicos em exames complementares, a história clínica e o exame físico são as principais armas para se fazer o diagnóstico. Muitas vezes exames complementares são solicitados para excluir a possibilidade de estarmos frente a uma outra doença. Podemos ter pacientes com apendicite aguda e exames complementares de diagnóstico (exame de laboratório, radiografia, ultra-som) normais. Assim, o

diagnóstico de certeza geralmente só é tido após a visualização direta do apêndice durante uma cirurgia (laparotomia) ou laparoscopia.

O prognóstico dos pacientes com apendicite depende muito da fase em que é realizado o tratamento cirúrgico, sendo melhor quanto mais cedo ocorre. Evita-se desta forma, fases mais complicadas da doença. A apendicite pode evoluir com necrose, perfuração, abscessos, peritonite generalizada e até sepse. Normalmente, pacientes operados em fases adiantadas da doença tem um período de hospitalização prolongado e incidência maior de complicações pós operatórias.

O trabalho está sendo elaborado com o objetivo de capacitar o médico-acadêmico a diagnosticar e indicar corretamente a apendicectomia toda vez que encontrar o paciente com esse quadro.

Portanto no desenvolvimento do mesmo, serão feitas abordagens com o intuito de descrever da melhor maneira possível o processo. Então serão apresentados : a morfologia com anatomia, embriologia e histologia do apêndice vermiforme; a fisiologia, mostrando o papel desse órgão , muitas vezes, considerado vestigial; o quadro anátomo-patológico definindo patogenia, morfologia e complicações, o diagnóstico clínico, semiológico e, por último, o tratamento cirúrgico convencional e laparoscópico, com suas técnicas e possíveis complicações.

OBSTRUÇÃO INTESTINAL

Brescia MA.

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

Obstrução intestinal é a parada do trânsito do conteúdo intestinal por motivos diversos. Dependendo do nível em que ocorre no intestino delgado, é considerada alta ou baixa. Nos cólons é sempre chamada baixa. A obstrução pode ser mecânica, quando o distúrbio inicial é a oclusão orgânica da luz intestinal (aderências, hérnias, tumores, corpos estranhos); funcional, quando distúrbio inicial é de motilidade (fleo paralítico, doença de Chagas); e vascular, em que primariamente ocorre isquemia da parede intestinal (trombose ou embolia). A obstrução intestinal tem como distúrbios fisiopatológicos básicos: estase do conteúdo entérico, distensão do intestino e isquemia da parede intestinal, dos quais resultarão: seqüestração de água e eletrólitos, distúrbios ácidos básicos, proliferação bacteriana, aumento da pressão intraluminal, peristaltismo de luta, insuficiência respiratória aguda e perda de plasma e sangue. O quadro clínico compõe-se de dor, náuseas, vômitos, obstipação, distensão, desidratação, febre e dispnéia. O exame físico deve incluir toque retal e vaginal. Os exames laboratoriais prestam-se principalmente para avaliar as condições clínicas, as repercussões do quadro oclusivo e orientar o tratamento, que é cirúrgico na grande maioria dos casos. Entretanto, este deve ser precedido por medidas clínicas que visam a descompressão gastrointestinal, a correção da volemia e dos distúrbios eletrolíticos, além do uso de antibióticos.

DISSECÇÕES AÓRTICAS

Simão Filho C, Barra ALS.

A dissecção aórtica é uma doença de evolução muitas vezes catastrófica e relativamente comum. É definida como lesão (tear) da íntima da aorta, permitindo que o sangue, sob pressão, forme um falso lúmen destruindo a camada média e separando a íntima da adventícia. Acomete a aorta ascendente, descendente ou ambas, indo de poucos milímetros a vários centímetros. A dissecção pode ser aguda (até 14 dias) ou crônica. É classificada nos tipos I, II e III (DeBaKey) ou A e B (Stanford). Gravidez, fatores congênitos, aneurismas fusiformes, entre outros são considerados fatores predisponentes. A etiologia está relacionada à medionecrose cística da aorta, hipertensão arterial, aterosclerose, fatores traumáticos e iatrogênicos. Dor intensa e cataclísmica é a primeira manifestação e muito característica desta moléstia. Outros achados como hipertensão, hipotensão, assimetria de pulsos, insuficiência aórtica, tamponamento cardíaco, isquemia de membros, acidente vascular cerebral isquêmico e choque secundário à hemorragia volumosa se relacionam com a dissecção aórtica. Os métodos diagnósticos são a angiotomografia, angioressonância, ecocardiografia transesofágica e a arteriografia. O tratamento inicial consiste em monitorização completa e uso de b-bloqueadores mantendo a pressão em níveis mínimos que garantam a perfusão cerebral e a diurese. O tratamento

cirúrgico está indicado nos tipos I e II, consistindo na substituição da aorta por prótese tubular valvulada ou não. No tipo III a cirurgia está indicada nos casos especiais. O prognóstico é proporcional ao tempo no qual o tratamento é instituído. A dissecção aórtica é uma doença gravíssima que deve ser diagnosticada precocemente possibilitando melhor resolução desta entidade clínica.

TRANSPLANTE RENAL

Pereira WA, Matushita CS.

Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, MG/ Faculdade de Medicina da UNIVAS, Pouso Alegre, MG.

O transplante renal é o tratamento mais adequado para os portadores de insuficiência renal crônica. No entanto, estes pacientes devem ser selecionados previamente, uma vez que dependendo de sua doença de base podem ser mais beneficiados com tratamentos dialíticos do que com o transplante. Outra condição importante a ser considerada é a compatibilidade imunológica entre doador/receptor. A utilização correta de imunossuppressores controla o fenômeno da rejeição no pós-transplante.

Todos os receptores (a serem transplantados antes ou depois do programa dialítico) necessitam de exames imunológicos, laboratoriais, radiológicos, cardiográficos e endoscópicos. Em alguns casos, é necessária uma nefro-urecterectomia antes do transplante (pacientes com rins policísticos muito volumosos ou com refluxo vesico-ureteral grau IV ou V com evidências de infecção urinária persistente).

Os doadores são divididos em dois grupos: vivo e cadáver.

Por ser um procedimento simples, comparado aos demais transplantes, e bem conhecido, o transplante renal pode ser realizado em qualquer Centro com uma estrutura mínima para a realização de procedimentos cirúrgicos. A sistematização do procedimento e um bom entrosamento das equipes envolvidas é essencial para um menor tempo e melhor resultado do transplante renal.

Como todo procedimento cirúrgico, deve-se estar atento aos cuidados pós-operatórios e às possíveis complicações de tal método.

CICATRIZAÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS

Rodrigues HL, Costa PR.

Faculdade de Medicina UFMG, Serviço de cirurgia plástica HC-UFMG, Depto. De morfologia ICB-UFMG.

I. Introdução: I.1 O processo cicatricial:

A cicatrização dos tecidos dá-se a partir de diversas reações em nível celular as quais culminam com o estabelecimento de uma trama formada por colágeno e substância fundamental, restabelecendo a integridade funcional e estética do tecido reparado. Graças aos grandes avanços em metabologia cirúrgica, bioquímica e nutrição, o processo cicatricial é bem conhecido e pode ser dividido em três fases: a fase inicial inflamatória, a fase de fibroplasia e a fase de maturação. Importantes mediadores bioquímicos, tais como as prostaglandinas, tromboxanos, bradicinina e interleucinas são responsáveis pelo adequado funcionamento dessas três fases.

II. Classificação e tipos de feridas: Do ponto de vista médico-legal as feridas são definidas como solução de continuidade dos tecidos iniciando-se pela pele, com bordos e sangramento. São classificadas como feridas abrasivas; incisivas; cortantes; perfurantes; lacerantes. Existem vários mecanismos de lesão de pele, determinando tipos diferentes de feridas. As mais comuns são as traumáticas, as queimaduras, as úlceras de pressão e as úlceras por insuficiência arterial e venosa. III. Tratamento de feridas: O tratamento das feridas é feito principalmente baseado no mecanismo de lesão e nas condições do paciente e da ferida, assim sendo:

- Debridamento cirúrgico ou químico
- Fechamento primário (imediate ou tardio) ou secundário.
- Transplantes de tecidos. No caso de feridas de pele são utilizados os enxertos simples para o tratamento, variando-se a sua espessura, e os retalhos cutâneos, fásquio-cutâneos e mio-cutâneos, principalmente.

CESARIANA

Leite HV, Melo MMO.

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

A cesariana pode ser definida como a operação que permite o nascimento de um feto vivo através de incisões das paredes abdominal e uterina. Tem-se dado uma grande importância à cesariana no Brasil pelo elevado número de pacientes submetidas a este procedimento cirúrgico.

As indicações mais frequentes de cesariana são: cesariana de repetição, distocia do trabalho de parto, apresentação pélvica em primíparas, sofrimento fetal agudo e crônico, intercorrências clínicas obstétricas que necessitam da antecipação da gestação com colo desfavorável e aquelas por indicações não obstétricas, sendo que muitas destas são questionáveis.

A cesariana é um procedimento cirúrgico e, como tal, passível de acidentes e complicações, dentre as quais pode-se citar mortalidade materna três vezes maior que no parto normal, infecções, deiscências e hérnias incisionais. As complicações neonatais são também mais frequentes, principalmente a adaptação respiratória. Nos casos de cesariana de urgência, os riscos estão ainda mais aumentados pela anti-sepsia inadequada.

A cesariana compreende três tempos operatórios; a laparotomia – usualmente seguindo-se a técnica de Pfannenstiel – a histerotomia, frequentemente uma incisão transversal no segmento inferior do útero com posterior extração do feto e anexos e a histerorrafia. A cesariana extraperitoneal é também proposta como método de tratamento nos casos de infecção intra-uterina.

CÂNCER DE PRÓSTATA

Júnior JMC, Fonseca CEC.

Faculdade de Medicina da UFMG

O Câncer de Próstata é um sério problema de saúde pública no Brasil, sendo o segundo carcinoma mais comum em homens e o quarto em número total de óbitos. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer, 25.600 novos casos serão diagnosticados em 2002.

Os cânceres de próstata são hormônio dependentes e em 95% dos casos representados pelos adenocarcinomas. Sua principal localização é na zona periférica da glândula, sendo este um dos fatores responsáveis pela sintomatologia tardia da doença. Quando presente os sintomas se dividem em: sinais obstructivos, sinais de extensão local e mais tardiamente sinais metastáticos. A etiologia da doença relaciona-se a fatores genéticos e principalmente a idade avançada.

A maioria dos pacientes com câncer de próstata são diagnosticados pelo achado de PSA sérico elevado em consulta de rotina, sendo que alguns, já apresentando nódulo palpável ao toque retal. Posteriormente realiza-se a confirmação e estadiamento da neoplasia através de ultra-som transretal com biopsia local. A evolução dos pacientes com adenocarcinoma de próstata está intimamente relacionado ao seu estadiamento. Atualmente as classificações mais utilizadas são a TNM e a escala de Gleason.

Ao se planejar o tratamento do Câncer de Próstata deve-se levar em consideração principalmente a extensão da doença, grau histológico do tumor e as condições gerais do paciente. As bases do tratamento são: hormônioterapia, radioterapia e cirurgia. O prognóstico dos pacientes vai depender do estágio em que a doença se encontra e a resposta ao tratamento escolhido.

CÂNCER DE ESTÔMAGO

JÚNIOR , ZCA.

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

Em sua grande maioria, os tumores gástricos são malignos e, destes, o adenocarcinoma é o mais comum (95%). Os linfomas (4%) e os leiomiossarcomas (1%) constituem a maior parte dos restantes.

O adenocarcinoma gástrico é uma doença biologicamente agressiva, praticamente incurável quando diagnosticado em sua fase sintomática. Tem ocorrência mundial, mas sua frequência varia muito de local para local, o que reflete a influência de fatores ambientais em sua gênese.

Infelizmente, os pacientes com adenocarcinoma gástrico são de certo modo assintomáticos , até que haja envolvimento extenso da parede gástrica e das vísceras adjacentes ou metástases. Os principais sintomas apresentados por estes pacientes são anorexia com emagrecimento acentuado (95%) , massa abdominal palpável (50%), náuseas e vômitos (acometimento do piloro) ,disfagia (acometimento do cárdia) , hepatomegalia (metástases hepáticas)...

O tratamento do adenocarcinoma gástrico é principalmente cirúrgico , pois este câncer não responde bem a quimioterapia e radioterapia . O tipo de cirurgia escolhida vai depender do estadiamento do tumor, podendo ser realizadas gastrectomias totais e subtotais curativas com dissecação dos linfonodos envolvidos , em casos de tumores em estádios mais iniciais, até gastrojejunostomias paliativas em casos de tumores inoperáveis em estádios avançados.

CONTROLE DA DOR NO CÂNCER

RIBEIRO ACG.

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

Introdução: Um grupo especial de pacientes é aquele portador de dor associada ao câncer. O sofrimento pode ser secundário à evolução da própria patologia, aos procedimentos terapêuticos e de diagnose, aos fenômenos de taquifilaxia analgésica e aos aspectos psicoafetivos associados a uma doença debilitante, progressiva e muitas vezes terminal.**Discussão:** Estudos isolados revelam que 58% a 80% dos doentes adultos hospitalizados com câncer sofrem de dor. Dores moderadas a intensas estão presentes em 30% a 45% no momento do diagnóstico, em 30% a 40% nos estágios intermediários e, finalmente, nas fases avançadas, em aproximadamente 87%. A maioria das dores sofridas por doentes portadores de câncer deve-se à invasão direta do tumor ou a procedimentos de diagnose e tratamento. Embora as dores sejam mistas, sempre existe um predomínio e , nos doentes oncológicos, este quase sempre é de aumento de nocicepção. A dor neuropática ocorre em doentes suscetíveis após sofrerem lesões no sistema nervoso, em especial nas vias somatossensoriais. O método mais utilizado para minimizar o sofrimento de doentes oncológicos com dores variadas é a farmacoterapia analgésica. Os analgésicos, escolhidos de acordo com as especificidades da dor e da medicação, foram separados em quatro grupos: os não-opioides, os opioides fracos, os opioides fortes e os adjuvantes. Entre os analgésicos não-narcóticos, os antiinflamatórios não-esteróides , os pirazolônicos, os derivados propiônicos, os aminofenólicos, os indolacéticos, os oxicanos, os femanatos e os derivados do ácido acético representam a abordagem de primeira linha no tratamento farmacológico da dor neoplásica. Já, os analgésicos opiáceos constituem o grupo de medicamentos mais importantes no tratamento da dor oncológica, sendo excelentes analgésicos para quadros de dor por excesso de nocicepção enquanto, nas dores neuropáticas, produzem alívio insatisfatório. Os antidepressivos tricíclicos, estimulantes, neurolépticos e anticonvulsivantes também promovem analgesia. O tratamento neurocirúrgico pela interrupção das vias nociceptivas deve ser realizado quando a dor é causada predominantemente por excesso de estimulação nóxica. A neuroestimulação é um importante método de obtenção de analgesia não destrutiva. No entanto, a terapia antineoplásica é, sem dúvida, a de maior eficácia e indicação no alívio da dor oncológica.**Conclusão:** A terapia oncológica sofreu enorme desenvolvimento aumentando significativamente a sobrevida após o diagnóstico inicial. O aumento da quantidade do tempo acompanhou-se de um crescimento qualitativo. Métodos de diagnóstico e estadiamento tornaram-se mais apurados e precisos, menos invasivos, agressivos e dolorosos.

CARCINOMA DA GLÂNDULA TIREÓIDE

Paiva MBS.

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

O câncer de tireóide é relativamente incomum em nosso meio mas ainda sim ele representa um problema clínico que merece atenção. Como existe uma dificuldade em diferenciar nódulos malignos de benignos cabe ao clínico uma avaliação cuidadosa através das novas técnicas diagnósticas e de acompanhamento. Um avanço significativo nesse aspecto foi obtido com a implementação da punção aspiratória

com agulha fina (PAAF) e do ultra-som de alta resolução. Os carcinomas tireoidianos podem ser divididos em diferenciados, incluindo os subtipos papilar e folicular, em medulares e em indiferenciados, sendo o anaplásico um representante desse último grupo. Os eventos moleculares que levam a formação dos tumores diferenciados são ainda desconhecidos e existem evidências de que a exposição a radiação ionizante predispõe ao desenvolvimento dessas neoplasias. Já o carcinoma medular, na forma familiar, demonstra padrões definidos de herança genética. O tratamento do carcinoma de tireóide é cirúrgico, sendo as principais questões a extensão da tireoidectomia; as indicações, o tipo e a extensão das dissecações dos linfonodos cervicais; e o uso pós-operatório de doses terapêuticas de iodo radioativo (¹³¹I). A radioterapia convencional pode ser de ajuda em situações específicas e a quimioterapia ainda apresenta poucas alternativas terapêuticas. Esse carcinoma apresenta uma baixa mortalidade apresentando na sua maioria uma evolução benigna, apesar de que em alguns casos possam ser mais agressivos.

CÂNCER DE MAMA

Maia Júnior CLS.

O câncer de mama representa uma proliferação maligna de células epiteliais que revestem os ductos ou os lóbulos da mama. Estatísticas americanas revelam que a doença é a segunda causa de morte por neoplasias malignas no sexo feminino. Uma a cada oito mulheres irá desenvolver o câncer ao longo de suas vidas.

O efeito da exposição cumulativa da mama ao estrogênio e a progesterona, representa relevantes fatores de risco. A ação desses hormônios não é genotóxica, mas estimula a proliferação das células epiteliais da mama. Além disso, história familiar positiva e o aumento da idade contribuem como importantes fatores de risco.

No campo diagnóstico, a mamografia, o exame clínico da mama e a conscientização das mulheres para a prática rotineira do auto-exame, possibilitam a descoberta de tumores cada vez menores. O diagnóstico precoce é reconhecido como fator importante para um bom diagnóstico.

O melhor conhecimento sobre a biologia tumoral e as mudanças sociais ocorridas nas últimas décadas, com a valorização da figura feminina, reforçou o tratamento cirúrgico conservador em oposição a mastectomia radical. Aquele tratamento não anula o trauma psicológico do câncer, entretanto, permite que se obtenha um melhor resultado estético e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida, sem interferir na eficácia do tratamento.

Para a mulher, a glândula mamária é o primeiro e mais importante símbolo de feminilidade. Da mama advém sentimentos maternos de colo, amamentação e proteção. Observando esses aspectos, o tratamento cirúrgico conservador busca conciliar a eficácia oncológica com a estética.

TRAUMATISMO ESPLÊNICO

Coutinho RL, Rezende V.

Faculdade de Medicina da UFMG

O baço, órgão do sistema mononuclear fagocitário, tem importantes funções na defesa orgânica. Várias patologias ou situações podem determinar a necessidade de esplenectomia, destacando-se as causas traumáticas como o terceiro maior determinante de tal cirurgia. A sua retirada completa ocorre frequentemente como tratamento de lesões esplênicas graves. Os riscos maiores desse procedimento são a sepse fulminante e os óbitos por infecção que foram registrados em grande parte das pessoas esplenectomizadas, independente da causa. Com o intuito de prevenir tais complicações as operações conservadoras vêm assumindo papel prioritário no tratamento cirúrgico do baço. Em trauma, são propostos diversos procedimentos conservadores do baço, desde que seu pedículo não seja comprometido.

TRAUMA CERVICAL

Rodrigues Júnior JB, Bordoni LS.

Diversas razões tornam a região cervical de especial importância para o profissional que lida com o paciente traumatizado. Primeiramente, é uma região onde muitas estruturas nobres se encontram em uma área relativamente pequena, o que permite que ferimentos de pequeno tamanho possam muitas vezes ser de extrema gravidade. Os sistemas nervoso, digestivo, endócrino, vascular e respiratório possuem importantes órgãos nesta localização. Além disto, há várias camadas faciais, permitindo a compartimentalização e limitando hemorragias. Uma divisão útil para a avaliação e tratamento das lesões cervicais é dividi-las em trauma contuso (que não penetra no músculo platisma) e penetrante (que penetra neste músculo). Os traumas penetrantes possuem maior interesse cirúrgico, exigindo muitas vezes a pronta atuação do cirurgião no sentido de restabelecer a via aérea, controlar hemorragias e reparar vísceras ocas. Para traumas penetrantes uma classificação com base em relações anatômicas, dividindo o pescoço em 3 zonas, é bastante utilizada, possuindo importantes implicações no prognóstico, métodos propedêuticos, abordagem e tratamento das lesões. Por décadas a exploração precoce de toda a lesão que penetrasse o platisma era a conduta padrão, apesar de altos índices de explorações negativas. Hoje, em vista destes resultados, opta-se por uma abordagem seletiva baseada em observação clínica minuciosa e exames complementares, o que em muito reduziu o índice de cirurgias desnecessárias e morbi-mortalidade associadas. Apesar dos avanços em relação a técnicas de abordagem, métodos de diagnóstico por imagem e tratamento, o trauma cervical penetrante possui elevada morbidade de mortalidade associadas e permanece um desafio para o cirurgião do trauma.

PROPEDÊUTICA COMPLEMENTAR NO TRAUMA

Neto, JR.

Universidade Federal de Minas Gerais

Segundo o Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões, o trauma poderia ser definido como uma lesão caracterizada por alterações estruturais ou desequilíbrio fisiológico, decorrente de exposição aguda a várias formas de energia: mecânica, térmica, elétrica, química, irradiações. O trauma acompanha o homem desde suas origens. Tal qual evoluiu nossa sociedade, evoluiu em número e diversidade etiológica esta que é uma das afecções mais prevalentes dos nossos dias. No traumatismo, torna-se imperativo um diagnóstico rápido e preciso, afim de preservar a vida do paciente. Através dos exames complementares, o médico irá apreciar a real extensão do trauma em seu paciente, muitas das vezes, trazido inconsciente, sem dados de história pregressa ou informações confiáveis a respeito do mecanismo do trauma. É de fundamental importância conhecer as indicações e contra-indicações; a especificidade e sensibilidade, bem como alguns aspectos técnicos dos exames laboratoriais e de imagens utilizados no atendimento ao paciente politraumatizado. São vários os recursos propedêuticos disponíveis nos hospitais de urgência e emergência, dentre os quais, enfatizamos: a radiologia simples, método sensível, barato e de fácil execução; a ultrasonografia, que permite observação mais consistente e precisa das cavidades pélvica e abdominal; a tomografia computadorizada, valioso recurso diagnóstico no traumatismo crânioencefálico e abdominal; o lavado peritoneal diagnóstico; as punções aspirativas. Cada qual com suas vantagens e desvantagens no estudo dos tipos de trauma: crânio-encefálico, raquimedular, torácico, abdominal, pélvico e das extremidades. Apesar da qualidade e quantidade de exames complementares, seu uso deve ser criterioso obedecendo as indicações de um exame clínico bem feito. Somente uma boa correlação clínico-laboratorial com as imagens poderão favorecer o médico na elucidação diagnóstica e na decisão terapêutica.
