



MANEJANDO O TRAUMA PÉLVICO, COMO EVITAR AS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES

Clarice de Abreu Pereira

Amanda Souza Bandeira

Gabriel Luis Pozzan

Luis Guilherme Fernandes Costa Lima

Adeni Ferreira dos Santos Junior

RESUMO

Introdução: Os traumas pélvicos são sérios e potencialmente fatais, frequentemente associados a lesões múltiplas e hemorragias significativas. As complicações mais comuns incluem fraturas, lesões vasculares, lesões de órgãos internos (como bexiga e uretra), tromboembolismo venoso e, em casos de traumas abertos, infecções. O manejo correto e precoce é essencial para reduzir a morbidade e mortalidade associadas, envolvendo estabilização hemodinâmica imediata, controle de hemorragias, avaliação por imagens e intervenções cirúrgicas conforme necessário. Intervenções rápidas e adequadas não apenas aumentam as chances de sobrevivência, mas também melhoram a qualidade de vida a longo prazo, minimizando as complicações e sequelas do trauma. Objetivos: Avaliar as principais complicações do trauma pélvico, assim como o manejo ideal para evitá-las devido à sua alta morbidade. Metodologia: O desenho metodológico foi uma revisão de literatura abrangente entre os anos de 2014 e 2024, os textos escolhidos estavam na língua inglesa buscados nas bases de dados PubMed e SciELO. Resultados: O trauma pélvico é uma condição grave que exige uma abordagem rápida e eficiente para evitar complicações fatais. O manejo inicial deve focar na estabilização rápida utilizando cintos pélvicos, especialmente em pacientes em choque ou coma, para reduzir o movimento das fraturas e minimizar o sangramento. Identificar e controlar rapidamente as fontes de sangramento é essencial para prevenir o choque hemorrágico, com o uso recomendado de tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica com contraste para avaliar as lesões e guiar a embolização angiográfica. Pacientes com trauma pélvico grave do com a maior rapidez possível para o centro traumatológico mais próximo. Na última década, o uso de dispositivos para compressão pélvica externa (faixas binders; lençóis) tornou-se cada vez mais popular no cenário pré-hospitalar, como um meio adjuvante para as medidas de ressuscitação. O ideal é que cada centro de traumatologia tenha crie seu próprio protocolo de manejo ao paciente com trauma pélvico, levando em conta a habilidade e experiência de seus profissionais, suas limitações e recursos. Orthopaedic Trauma Association (OTA) propôs um algoritmo pélvico genérico que pode ser afixado no departamento de emergência (Fig. 46.6; www.ota.org). Ao longo dos últimos anos, a FAST vem sendo cada vez mais empregada. Há certa controvérsia quanto a sua confiabilidade, em razão da sensibilidade mais baixa, valor preditivo negativo e variabilidade significativa em termos de operadores. Embora a morbidade e a mortalidade relacionadas com as fraturas de anel pélvico ainda sejam problemas a serem considerados, vem sendo cada vez mais aceito que a redução anatômica e a estabilização de fraturas desviadas podem melhorar os



resultados. Estudos já publicados sugeriram que as lesões mais frequentemente observadas em associação com fraturas de anel pélvico em geral são: lesões torácicas (63%), fraturas de ossos longos (50%), lesões cranianas (40%), lesões de órgãos sólidos (40%) e fratura vertebral (25%). Lesões intestinais também são observadas em até 14% dos pacientes simultaneamente com fraturas de anel pélvico. Foram criadas classificações ortopédicas para determinar a gravidade da fratura pélvica e orientar o tratamento, como a Classificação de Tile e a de Young e Burgess. Classificação de Tile: Tipo A: Fraturas estáveis do anel pélvico, sem deslocamento significativo dos fragmentos ósseos. Geralmente tratadas com repouso, analgésicos e acompanhamento radiológico. Tipo B: Fraturas rotacionalmente instáveis do anel pélvico, com deslocamento dos fragmentos ósseos, mas preservando a estabilidade vertical. Podem requerer fixação interna cirúrgica ou tratamento conservador com tração esquelética. Tipo C: Fraturas rotacional e verticalmente instáveis do anel pélvico, com deslocamento significativo dos fragmentos ósseos e perda da estabilidade. Fixação interna cirúrgica é geralmente necessária para restaurar a estabilidade pélvica. A classificação de Young e Burgess categoriza os padrões de fratura com base em tais mecanismos, em três lesões por compressão anteroposterior (CAP I, II, III), três lesões por compressão lateral (CL I, II, III), por cisalhamento vertical (CV) e por uma combinação de mecanismos (CM). Ainda mais importante é que essa classificação pode ajudar o cirurgião a prever lesões associadas. A escolha do tratamento definitivo depende da classificação da fratura, presença de lesões viscerais, estado geral do paciente e experiência do cirurgião. A prevenção de complicações no trauma pélvico requer uma abordagem multifacetada que abrange desde a fase inicial do atendimento até a reabilitação: Controle do Sangramento: Estabilização imediata do paciente, reposição volêmica e transfusão de sangue quando necessário. Tratamento de Lesões Viscerais: Cirurgia imediata para reparar lesões de bexiga, intestinos, baço, fígado ou outros órgãos. Prevenção de Tromboembolismo Pulmonar: Profilaxia com anticoagulantes para reduzir o risco de coágulos sanguíneos nos pulmões. Controle da Dor: Analgésicos adequados para aliviar a dor e promover o conforto. Conclusão; Dada a situação, o manejo adequado do trauma pélvico é essencial para evitar complicações graves e melhorar os desfechos clínicos dos pacientes, envolvendo uma abordagem multidisciplinar, protocolos de avaliação e tratamento precoces, além de avanços tecnológicos que aprimoram as intervenções. A classificação das fraturas, identificação de lesões viscerais e experiência do cirurgião são determinantes na escolha terapêutica. Protocolos baseados em evidências têm contribuído para reduzir a mortalidade associada ao trauma pélvico. Portanto, é fundamental manter a pesquisa contínua nessa área para aprimorar o conhecimento e desenvolver estratégias mais eficazes no manejo dessas complicações.

Palavras-chave: Trauma pélvico, Manejo cirúrgico.