

Trauma hepático grave: relato de caso e cirurgia de controle de danos em hospital de referência no Tocantins

Severe liver trauma: a case report on damage control surgery at a referral hospital in Tocantins, Brazil

Tayná Borges Aguiar Santana¹

Manoel Pedro Alencar Costa²

Resumo: O trauma hepático grave representa importante desafio terapêutico, especialmente na presença de instabilidade hemodinâmica. O relato trata de paciente masculino, 19 anos, vítima de trauma abdominal contuso, com hemoperitônio volumoso e lesão hepática grau IV, submetido à laparotomia exploradora com tamponamento hepático como estratégia de cirurgia de controle de danos. Após estabilização em unidade de terapia intensiva e arteriografia sem evidência de sangramento ativo, realizou-se reabordagem cirúrgica em 72 horas, com retirada das compressas e confirmação da hemostasia. O caso evidencia a aplicabilidade da cirurgia de controle de danos no manejo do trauma hepático grave, destacando a importância da estabilização fisiológica e da abordagem multidisciplinar.

Palavras-chave: Trauma hepático; Cirurgia de controle de danos; Hemoperitônio; Tamponamento hepático; Trauma abdominal.

Abstract: Severe hepatic trauma represents a major therapeutic challenge, particularly in the presence of hemodynamic instability. This report describes a 19-year-old male patient who sustained blunt abdominal trauma, presenting with massive hemoperitoneum and a grade IV liver injury. The patient underwent exploratory laparotomy with hepatic packing as a damage control surgery strategy. After stabilization in the intensive care unit and arteriography showing no evidence of active bleeding, surgical re-exploration was performed 72 hours later, with removal of the packs and confirmation of hemostasis. The case demonstrates the

¹ Médica graduada pela Universidade Federal do Tocantins (UFT), residente em Cirurgia Geral no Hospital Geral de Palmas (HGP), Palmas, Tocantins, Brasil.

² Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Tocantins (UFT), Palmas, Tocantins, Brasil.

applicability of damage control surgery in the management of severe hepatic trauma, highlighting the importance of physiological stabilization and a multidisciplinary approach.

Keywords: Hepatic trauma; Damage control surgery; Hemoperitoneum; Hepatic packing; Abdominal trauma.

Introdução

O trauma é uma das principais causas de morte no Brasil, representando um importante problema de saúde pública, especialmente em decorrência dos acidentes envolvendo veículos automotores e da crescente exposição da população a situações de risco¹.

Entre os órgãos mais frequentemente acometidos no trauma abdominal contuso, destacam-se o baço (40% a 55%), o fígado (35% a 45%) e o intestino delgado (5% a 10%)^{1,2}. A elevada frequência de lesões hepáticas está relacionada ao seu tamanho e à sua posição anatômica^{3,4}. O lobo direito do fígado, por constituir a região de maior volume do parênquima hepático, é mais frequentemente acometido nas lesões abdominais⁵. O tratamento pode variar desde a abordagem não operatória até a cirurgia de controle de danos, tendo como principais parâmetros a estabilidade hemodinâmica, o grau da lesão segundo a classificação da American Association for the Surgery of Trauma (AAST), a presença de irritação peritoneal e a associação com lesões de outros órgãos⁶.

O presente relato de caso tem por objetivo descrever a abordagem de um paciente com trauma hepático, admitido no Hospital Geral de Palmas, submetido à laparotomia exploradora e à reabordagem cirúrgica após estabilização clínica, com evolução favorável e subsequente alta hospitalar.

Método

Relato descritivo baseado em dados de prontuário, exames laboratoriais, exames de imagem e atos operatórios, com foco na estratégia de cirurgia de controle de danos devido a trauma hepático.

Relato do Caso

Paciente masculino, 19 anos, previamente hígido, admitido em 28 de junho de 2026 após acidente motociclístico envolvendo colisão com automóvel. Utilizava capacete, sem relato de perda de consciência, apresentando dor abdominal intensa, predominante em andar superior. Na admissão, encontrava-se taquicárdico (105 bpm) e hipotenso (88/65 mmHg),

com abdome tenso e doloroso à palpação profunda, principalmente em andar superior. Na avaliação pelo protocolo XABCDE, apresentava via aérea pérvia, saturação de O₂ de 99% em ar ambiente, ausência de hemorragias externas exsanguinantes e Glasgow 14. O FAST à beira-leito evidenciou líquido livre em janela suprapúbica, compatível com provável hemoperitônio.

Diante da instabilidade hemodinâmica, foi submetido imediatamente à laparotomia exploradora, com estratégia de cirurgia de controle de danos. Identificaram-se grande quantidade de sangue livre na cavidade abdominal, lesão hepática extensa e hematoma em topografia duodenal. Considerando o grave comprometimento fisiológico, realizou-se empacotamento hepático com oito compressas, revisão da hemostasia e fechamento temporário da cavidade, com programação de reabordagem após estabilização clínica.

A tomografia computadorizada abdominal evidenciou hematoma intraparenquimatoso hepático, inicialmente predominante no lobo esquerdo/segmentos mediais, medindo aproximadamente 7,5 × 6,8 cm, sem extravasamento ativo de contraste. Exame subsequente demonstrou aumento do hematoma, com dimensões aproximadas de 10,4 × 7,5 cm, envolvendo o aspecto medial do lobo hepático direito, sendo o trauma classificado como lesão hepática grau IV, associado a hemoperitônio.

Os exames laboratoriais evidenciaram queda progressiva da hemoglobina, elevação importante das transaminases (TGO 970 U/L e TGP 536 U/L), coagulopatia e hiperlactatemia, compatíveis com trauma hepático grave e hipoperfusão tecidual.

Após internação em unidade de terapia intensiva e estabilização clínica, foi realizada arteriografia após 48 horas, sem evidência de sangramento ativo, não sendo identificada indicação de embolização. Após 72 horas da abordagem inicial, foi realizada reabordagem cirúrgica (second look), com retirada das oito compressas utilizadas no tamponamento hepático, lavagem da cavidade e revisão minuciosa da hemostasia. Foram posicionados drenos subfrênicos bilaterais e pélvicos, sem identificação de lesões intestinais ou sangramento ativo.

Evoluiu com melhora progressiva dos parâmetros laboratoriais, redução dos marcadores inflamatórios e estabilização clínica. Na avaliação final, encontrava-se afebril, hemodinamicamente estável, em ventilação espontânea em ar ambiente, com boa aceitação da dieta, deambulando e apresentando abdome indolor e ferida operatória em bom aspecto. Recebeu alta hospitalar pela equipe de Cirurgia Geral em 17 de julho de 2026.

Discussão

O fígado é o órgão mais comumente lesionado em trauma abdominal contuso e o segundo órgão mais comumente lesionado em trauma abdominal penetrante. Entre os pacientes com lesão contundente, a colisão de veículos motorizados é o mecanismo de lesão mais comum. O tratamento do trauma hepático é definido de acordo com a gravidade da lesão que pode ser classificada pela American Association for the Surgery of Trauma (AAST) em graus de I a VI, associada ao estado hemodinâmico do paciente. Dentre as possibilidades de tratamento, temos o tratamento não operatório, tratamento operatório, dentro dele a cirurgia de controle de danos (CCD), e a arteriografia com angioembolização.^{7,8.}

A cirurgia de controle de danos é uma tática cirúrgica adotada em pacientes críticos, seja por causa traumática ou não. Estes pacientes frequentemente apresentam perda volêmica significativa com grande potencial para evoluir para a tríade letal, composta por hipotermia, acidose e coagulopatia, que pode ter como principal desfecho a evolução rápida para óbito caso abordagem cirúrgica imediata não seja adotada.⁷

Nos casos de trauma hepático grave, com hemoperitônio volumoso, instabilidade hemodinâmica refratária às medidas de controle, a CCD é o tratamento-chave, composta por três fases após a indicação: laparotomia breve, estabilização em UTI e reabordagem cirúrgica definitiva.⁷

Neste contexto, a etapa inicial é a laparotomia exploradora breve e objetiva, seguida pela identificação da fonte de sangramento. A principal técnica utilizada é o tamponamento hepático com compressas (hepatic packing), que consiste na colocação estratégica de compressas ao redor do fígado exercendo pressão direta sobre o parênquima afetado, promovendo hemostasia temporária. Após a estabilização clínica, em cerca de 24 a 48h o paciente é submetido a uma reoperação (second look), nesta etapa as compressas são removidas e é avaliada a necessidade de procedimentos adicionais, como reparos definitivos ou ressecções.¹¹

A World Society of Emergency Surgery (WSES) estabelece a embolização angiográfica como intervenção de primeira linha e importante aliada em casos de sangramento arterial persistente após procedimentos não hemostáticos ou de controle de danos. Trata-se de um exame invasivo baseado na cateterização seletiva das artérias com injeção de contraste iodado, possibilitando identificar extravasamento de contraste, pseudoaneurismas, fístulas e áreas de perfusão anormal, desempenhando um papel diagnóstico e terapêutico.^{9,11.}

Considerações finais

O reconhecimento rápido da gravidade e indicação da cirurgia de controle de danos foram decisivos para o controle da hemorragia e retorno à homeostase do paciente. A reabordagem programada após recuperação fisiológica consolidou o tratamento, contribuindo para um desfecho favorável.

Referências

- ¹ Pereira Júnior GA, Lovato WJ, Carvalho JB, Horta MFV. Abordagem geral do trauma abdominal. *Medicina*. 2007;40(4): 518-30.
- ² ATLS. Trauma abdominal e pélvico. In: Suporte avançado de vida no trauma para médicos: manual do curso de alunos. 8a ed. Chicago: American College of Surgeons; 2009.
- ³ Reed RL 2nd, Merrell RC, Meyers WC, Fischer RP. Continuing evolution in the approach to severe liver trauma. *Ann Surg*. 1992;216(5):524-38.
- ⁴ Smaniotto B, Bahten LCV, Nogueira Filho DC, Tano AL, Thomaz Júnior L, Fayad O. Trauma hepático: análise do tratamento com balão intra-hepático em um hospital universitário de Curitiba. *Rev Col Bras Cir*. 2009;36(3):217-22
- ⁵ Romano L, Giovine S, Guidi G, Tortora G, Cinque T, Romano S. Hepatic trauma: CT findings and considerations based on our experience in emergency diagnostic imaging. *Eur J Radiol*. 2004;50(1):59-66.
- ⁶ AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. Advanced Trauma Life Support (ATLS): Student Course Manual. 11. ed. Chicago: American College of Surgeons, 2025
- ⁷ Bezerra PMV, Ferreira MP, Paula EEM, Mann EHA. Cirurgia de controle de danos no trauma abdominal: uma revisão integrativa. *REVISA*. 2025;14(3):1685-94.

⁸ Florenzano BHP, Veiga TM, Teixeira DA, Viero GF. Manejo do trauma hepático em adultos. JMBR [Internet]. 2025 Aug. 5 [cited 2026 Sep. 27];2(4):633-51. Available from: <https://journalmbr.com.br/index.php/jmbr/article/view/820>

⁹ Diretrizes de conduta clínica e cirúrgica no trauma hepático (WSES, 2020) - Medscape - 8 de outubro de 2020.

¹⁰ Dixe de Oliveira Santo I, Sailer A, Solomon N, Borse R, Cavallo J, Teitelbaum J, Chong S, Roberge EA, Revzin MV. Grading Abdominal Trauma: Changes in and Implications of the Revised 2018 AAST-OIS for the Spleen, Liver, and Kidney. Radiographics. 2023 Sep;43(9):e230040. doi: 10.1148/rg.230040.

¹¹ Rother LS, Zanuto BS, Fakhouri R, Jacomini CP, Saraiva MLR, Correia DC, Vieira ICS, Santi LR, Melo LFC de, Vicente MA, Oliveira RC, Ferreira SF, Freitas W do S dos A, Souza RA de, Cardoso RBR. Traumatismo hepático contuso: avanços no diagnóstico e manejo. CLCS [Internet]. 15º de abril de 2026;19(4):e24104. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/24104>