

Lesão da veia mesentérica superior no trauma abdominal penetrante: relato de caso e revisão da literatura.

Daniel Miguel Mauro, Isabele Alves Chirichela, Bianca Miyazawa, Gustavo Teixeira Fulton Schimit, José Manoel da Silva Silvestre, Guilherme da Silva Silvestre

Departamento de Clínica Cirúrgica, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná

Introdução

As lesões vasculares abdominais estão entre as mais letais sofridas pelos pacientes traumatizados¹. Correspondem a apenas 0,1-1% do trauma vascular. A lesão da veia mesentérica superior (VMS) é ainda mais rara². Apresentamos um caso tratado com sucesso de ferimento por arma branca abdominal com tratamento cirúrgico de lesão combinada da VMS e aorta infrarrenal.

Caso Clínico

Paciente do sexo masculino, 14 anos, admitido no Pronto Socorro Cirúrgico do Hospital Universitário de Londrina. Na admissão apresentava-se estável hemodinamicamente e à exposição identificava-se evisceração do epíplon pelo ferimento em epigástrico (Figura 1). O Focused Assessment with Sonography for Trauma evidenciou líquido livre abdominal. Foi iniciado protocolo de transfusão com hemocomponentes devido ao Assessment Blood Score igual a dois e transferência imediata ao centro cirúrgico.

Realizou-se laparotomia exploradora que revelou sangramento ativo oriundo de hematoma retroperitoneal em zona I. Após controle da aorta supra celíaca e completo inventário da cavidade abdominal sem achados de lesão dos vasos retroperitoneais, dissecou-se o quadrilátero venoso de Rogie, diretamente na raiz do mesentério. Identificou-se lesão de cerca de 70% da circunferência no terço proximal da VMS (Figura 2). Devido à estabilidade hemodinâmica do paciente, optou-se pelo reparo com patch de veia safena magna, com pontos contínuos, utilizando fio de polipropileno. Confeccionou-se peritoneostomia a Barker. Em 24 horas, realizou-se cirurgia de Second-look, não foram encontradas novas fontes de sangramentos e o intestino encontrava-se viável.

No sétimo pós-operatório evoluiu febril. A tomografia de abdome para investigação de possíveis coleções abdominais identificou um pseudoaneurisma na parede posterolateral direita da aorta imediatamente distal à origem da artéria renal, confirmado por aortografia (Figura 3). Decidiu-se por reparo do pseudoaneurisma por laparotomia através de aortorrafia. O paciente recebeu alta hospitalar quinze dias após trauma. Após três meses do evento segue em acompanhamento ambulatorial sem queixas.

Discussão

Lesões da VSM são raras e apresentam prognóstico sombrio²⁻⁵. Estão associadas a sangramento maciço devido à ausência de válvulas no sistema venoso portal, levando ao sangramento anterógrado e retrógrado⁶. A exposição cirúrgica da VMS pode ser realizada na raiz do mesentério após reflexão cranial do cólon transverso para localizar o quadrilátero de Rogie, delimitado superiormente pela veia esplênica, medialmente pela VMS, lateralmente pela veia mesentérica inferior e posteroinferiormente pela veia renal esquerda⁷.



Figura 1: Evisceração de epíplon

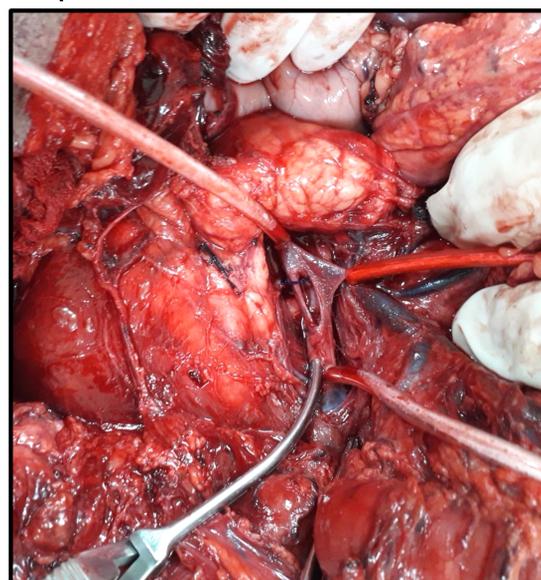


Figura 2: Laceração da VSM após controle vascular

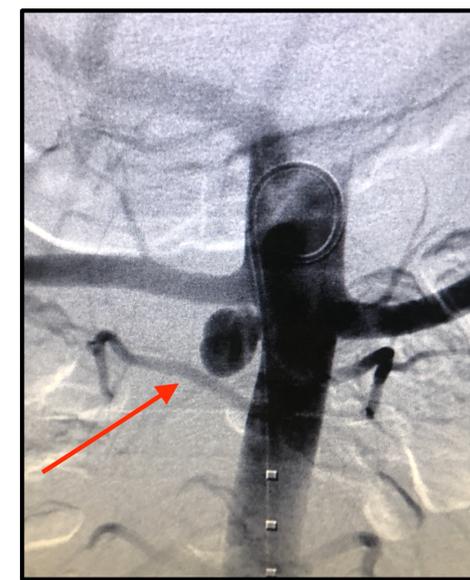


Figura 3: Angiografia com pseudoaneurisma de aorta (seta)

A ligadura da VSM deve ser selecionada para pacientes hemodinamicamente instáveis, pois pode resultar em significativo edema intestinal e ingurgitamento venoso⁸. Devido à falta de evidências não existe padronização para correção destas lesões⁹. Estas devem ser individualizadas no intra-operatório com base na gravidade da lesão vascular, na presença de lesões associadas e na estabilidade hemodinâmica do paciente.

Referências

1. Asensio JA, Lejarraga M. Abdominal vascular injuries. In: Demetriades D, Asensio JA, eds. Trauma Management. Georgetown, Tex: Landes Biosciences; 2000:356-362.
2. C. Ball, A. Kirkpatrick, M. Smith, R. Mulloy, L. Tse, I. Anderson. Traumatic injury of the superior mesenteric vein: ligate, repair or shunt? Eur. J. Trauma Emerg. Surg. 2007;33(5):550-552.
3. Fraga GP, Bansal V, Fortalge D, Coimbra R. A 20 year experience with portal and superior mesenteric venous injuries: has anything changed? Eur J Vasc Endovasc Surg. 2009;37:87-91.
4. Coimbra R, Filho AR, Nesser RA, Rasslan S. Outcome from traumatic injury of the portal and superior mesenteric veins. Vasc. Endovasc. Surg. 2004; 38(3):249-255.
5. Asensio JA, Forno W, Rolda'n G, Petrone P, R Esther, Ceballos J. Visceral vascular injuries. Surg Clin North Am. 2002;82:1-20.
6. Courcy PA, Brotman S, Oster-Granite ML, Soderstrom CA, Siegel JH, Cowley RA. Superior mesenteric artery and vein injuries from blunt abdominal trauma. J Trauma 1984;24:843-845.
7. Leiva RO, Márquez MJ, Rivera GA. Cuadrilátero venoso de rogie: variantes anatomicas. Rev. Cient. Esc. Univ. Cienc. Salud. 2017; 4(1): 39-43.
8. Stone HH, Fabian TC, Turkleson ML. Wounds of the portal venous system. World J Surg. 1982;6:335-341.
9. Howley IW, Stein DM, Scalea TM. Outcomes and complications for portal vein or superior mesenteric vein injury: No improvement in the era of damage control resuscitation. Injury. 2019;50(12):2228-2233.



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

