

## FRATURA DE PELVE COM EVOLUÇÃO PARA FASCIÍTE NECROSANTE EM REGIÃO INGUINAL: RELATO DE CASO.

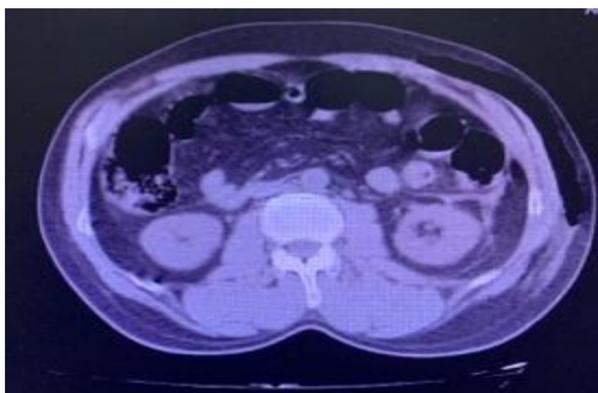
*Nicole Seger Cunegatti, Guilherme Lucas Rodrigues da Cruz, Laura de Ross Rossi, Mariane Menegat Madruga,  
Otávio Maldaner Moller, Tuane da Silva Sérgio, Larissa de Castro Fonseca.*

### INTRODUÇÃO

A incidência de fratura de pelve é, em média, 23/100.000 habitantes e a mortalidade varia de 4 a 23%. Fraturas de pelve geralmente resultam de traumas de alta energia e, em aproximadamente 90% dos casos, há lesões associadas. Quando há associação de lesões graves em outros segmentos corporais, a letalidade pode alcançar 50%. Assim, muitos óbitos são causados por lesões concomitantes, principalmente nos doentes com fraturas estáveis de pelve.

### RELATO DE CASO

Paciente J.R.S., 46 anos, masculino, vítima de esmagamento por retroescavadeira, chega na sala vermelha do HPSC. ABCDE do trauma sem alteração, apenas com sinal de Destot e dor a mobilização de pelve. TC de pelve com fratura dos ramos isquiopúbicos e iliopúbicos bilateralmente. Avaliação de Traumatologista com lesão estável do anel pélvico. Paciente evolui com retenção urinária, dor suprapúbica, bexigoma e sangramento na tentativa de sondagem vesical. Avaliação de Cirurgia Geral com indicação de cistostomia. Após procedimento, paciente evolui com hipotensão, tontura e dor em andar inferior de abdome. Ofertado volume e solicitado exames. Labs com Hb 11,4; Ht 34,3; leuc 5800, b 35%; TC com áreas de pneumoperitônio no abdome inferior, gás na região inguinal escrotal esquerda, e grande quantidade de gás na parede abdominal à esquerda. Paciente evolui com choque hemorrágico e é encaminhado a laparotomia. Foi identificado sangue na cavidade; hematoma na bexiga e extensa fasciíte necrosante em região inguinal, dissecando todo oblíquo externo em direção ao hipocôndrio esquerdo e ao períneo/região inguinal/escroto a esquerda; e comprometimento de testículo esquerdo. Realizado debridamento de toda região e curativo a vácuo. Toque retal com sangue e grande laceração em parede anterior do reto baixo se estendendo quase a margem anal. Realizada colostomia em alça em sigmóide. Fechamento somente da pele por instabilidade hemodinâmica. Paciente encaminhado a UTI, evolui com choque séptico e óbito.



### DISCUSSÃO

As fraturas de pelve podem ser estáveis/não cirúrgicas ou instáveis/cirúrgicas. Pensar em fratura de pelve quando há contusão e equimoses em região pélvica; diferença do tamanho dos membros inferiores ou rotação lateral de um destes; uretrorragia, metrorragia e sangramento retal. As lesões estáveis tem menos chance de sangramento, mas mais chance de lesões de vísceras pélvicas. Assim, deve-se analisar presença de lesões concomitantes. As lesões de reto podem ser por espículas ósseas proveniente de fraturas pélvicas. Lesões colorretais são encontradas em <1% dos casos no trauma fechado, mas tem 16,1% de mortalidade. A conduta na lesão de reto extraperitoneal é reparo primário, desbridamento, drenagem pré-sacra, e colostomia proximal. No trauma de uretra, ocorre uretrorragia, retenção vesical e bexigoma. O cateterismo vesical está contraindicado, devendo ser feito uretrografia retrógrada. Se confirmada lesão, deve ser feita a cistostomia.

#### Referências

1. Moore EE. Organ injury scale, II. J Trauma 1990;30:1427.
2. Sabiston Tratado de cirurgia. Courtney MTownsend et al. 18ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier 2010.
3. ATLS - Advanced Trauma Life Support for Doctors. American College of Surgeons. 10a. Ed 2018.
4. CORDTS FILHO, Roberto de Moraes et al. Fratura de pelve: um marcador de gravidade em trauma. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v. 38, n. 5, p. 310-316, Oct. 2011.