

## **Relato de caso: Trauma contuso com laceração pancreatoduodenal rara**

No trauma abdominal contuso, baço, fígado e intestino delgado são os órgãos mais acometidos. Assim, a laceração pancreatoduodenal é uma possibilidade rara e quando presente, costuma significar cinemática importante.

O objetivo do relato é realçar a importância de reconhecer parâmetros clínicos de emergências traumáticas, como a laceração pancreatoduodenal.

Paciente masculino, 56 anos, vítima de acidente contuso é levado para hospital de referência, deu entrada na sala vermelha, e foi seguido o protocolo ABCDE do trauma. Paciente apresentava dor abdominal difusa com sinais de peritonite. Assim, foi realizada reposição volêmica, tipagem sanguínea e sondagem vesical de alívio.

A TC abdominal apresentou pneumoperitônio com continuidade na região do mesogástrio com o antro/piloro e a primeira porção duodenal, correspondendo a uma laceração gastrointestinal, além de laceração hepática no lobo direito e pequenas quantidades hemáticas subcapsular, associado a hemoperitônio. Indicou-se laparotomia exploradora devido ao pneumoperitônio na tomografia.

Durante a cirurgia, evidenciou-se laceração hepática no lobo direito sem sangramento ativo, hematoma retroperitoneal explorado, laceração duodenal completa na transição entre D2 e D3 (distal a papila de Vater), contusão na cabeça e processo uncinado do pâncreas, sangramento em veia mesentérica superior e suas tributárias. Associado a isso deserosamento do cólon transversal próximo ao ângulo hepático do cólon e perfuração do jejuno cerca de 1 metro do ângulo de Treitz.

A perfuração de jejuno foi tratada com enterorrafia. Realizado também sutura sero-serosa da área deserosada do cólon. Para localizar a papila de Vater, foi feita colecistectomia e canulação da via biliar através do ducto cístico com sonda de aspiração. A laceração duodenal completa foi corrigida com anastomose duodeno-duodenal termino-terminal com PDS 3-0 em um plano. Paciente durante a cirurgia não apresentou intercorrência e foi levado para UTI para cuidados intensivos. Paciente apresentou fístula duodenal de baixo débito (< 100 ml/dia) com resolução espontânea de manejo conservador. Recebeu alta hospitalar 30 dias após trauma.

O caso relatado é de grande valia dentro da emergência, uma vez que a lesão presente é complexa e rara. Dessa forma, a condução e solicitações de exames corretos corroboram para um desfecho favorável ao paciente.