

PROTOCOLO	Código: HMAS.PRO.MED.CG.004
Unidade: Hospital Municipal Albert Schweitzer	Versão: 001
Serviço: Assistencial	Data da Emissão: 13/10/2023
Setor: Cirurgia Geral	Vencimento: 13/10/2025

Trauma Cervical

Histórico de Versões
001 - Emissão inicial.

Fase	Nome	Setor/Unid.	Data	Carimbo e Assinatura
Elaboração	Hélio Machado	Coordenador Cirurgia Geral	13/10/2023	Dr. Helio Machado Vieira Jr Cirurgião Geral e do Trauma CRM 52.86286-9
Validação	Regina Goulart	Núcleo da Qualidade	13/10/23	Gestão de Documentos Núcleo da Qualidade
Aprovação	Bruno Martins	Direção Técnico	13/10/23	Dr. Bruno Soares Martins CRM: 82.94279 - 0 Diretor Técnico CER / HMAS

Protocolos da Cirurgia Geral

Trauma Cervical

Objetivos:

Estabelecer as condutas frente a pacientes vítimas de trauma cervical penetrante ou contuso. Oferecer uma revisão sobre estas afecções.

Definições:

Classificação dos pacientes

Traumatismo cervical penetrante:

Representa um desafio diagnóstico e terapêutico, devido à anatomia complexa, à proximidade de estruturas vitais e ao potencial de deterioração rápida da via aérea, além de comprometimento vascular e neurológico. Nas últimas duas décadas, o tratamento não-operatório tem se mostrado confiável, e uma conduta mais seletiva vem sendo adotada. Os cuidados com a perviedade da via aérea, o controle do sangramento e as potenciais lesões de coluna cervical devem ser lembrados durante o atendimento a pacientes com esse tipo de lesão.

Traumatismo cervical contuso

A coluna cervical é a estrutura mais lesada nesse caso. Pode-se ainda evidenciar disfunção cerebral por dissecação e subsequente trombose da artéria carótida interna ou, mais raramente, vertebral. O diagnóstico de lesões vasculares no traumatismo contuso pode ser difícil. A angiografia é o método propedêutico de escolha nos pacientes com lesão cervical contusa e déficit neurológico focal de difícil explicação, principalmente naqueles em que a tomografia de crânio não contribui para a elucidação diagnóstica.

A lesão da artéria vertebral é rara e pode evoluir silenciosamente. A lesão da carótida no traumatismo cervical contuso ocorre por hiperextensão, e a lesão típica é a do endotélio do vaso, evoluindo para trombose ascendente até o seu segmento intracraniano.

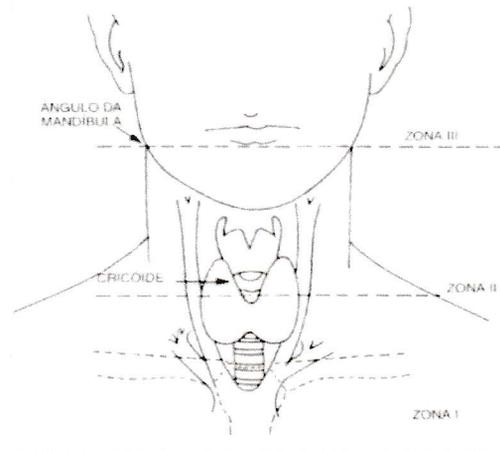
Zonas cervicais

Os cirurgiões dividem a região cervical em três zonas, o que auxilia a tomada de decisão.

Na zona I estão os grandes vasos do mediastino superior, traquéia, esôfago, ducto torácico e raízes do plexo braquial.

Na zona II estão as carótidas, veias jugulares, artérias vertebrais, laringe, esôfago e traquéia.

Na zona III encontram-se a parte extracraniana das carótidas, as artérias vertebrais e o segmento proximal das veias jugulares, a lém da faringe.



Estratificação dos pacientes com lesão cervical

- Pacientes com comprometimento das vias aéreas.
- Pacientes com lesão isolada de laringe ou traquéia.
- Pacientes com lesão suspeita ou documentada de artérias carótidas, veias jugulares, faringe ou esôfago.
- Pacientes com lesão de artérias vertebrais.
- Pacientes com lesões superficiais do pescoço.

Diagnóstico

A avaliação inicial deve ser dirigida para o ABC da reanimação. Paciente com grande hematoma cervical deve ser imediatamente intubado. A localização do ferimento na pele da região cervical não é um indicador confiável de lesão. A exploração cirúrgica na sala de

atendimento e a exploração digital do ferimento são contra-indicadas devido à possibilidade de deslocamento de um coágulo e de sangramento incontrolável.

- Sinais de lesão da via respiratória: enfisema subcutâneo, estridor, disfonia, hemoptise e pneumomediastino.
- Sinais de lesão do sistema digestório: disfagia, crepitação, ar retrofaríngeo ou pneumomediastino.
- Sinais de lesão vascular cervical: hematoma, sangramento externo significativo, hipotensão, déficit neurológico ou de pulso.

Modalidades diagnósticas:

- Radiografia simples de coluna vertebral em perfil.
- Laringotraqueobroncoscopia.
- Esofagoscopia.
- Esofagografia.
- Doppler
- Arteriografia (“padrão-ouro” para lesões vasculares).
- Tomografia computadorizada (TC).

Não se deve observar os pacientes com traumatismo cervical através de observação clínica desarmada. Os recursos disponíveis devem ser utilizados e selecionados para cada caso, não se esquecendo que é imprescindível a avaliação de um cirurgião experiente.

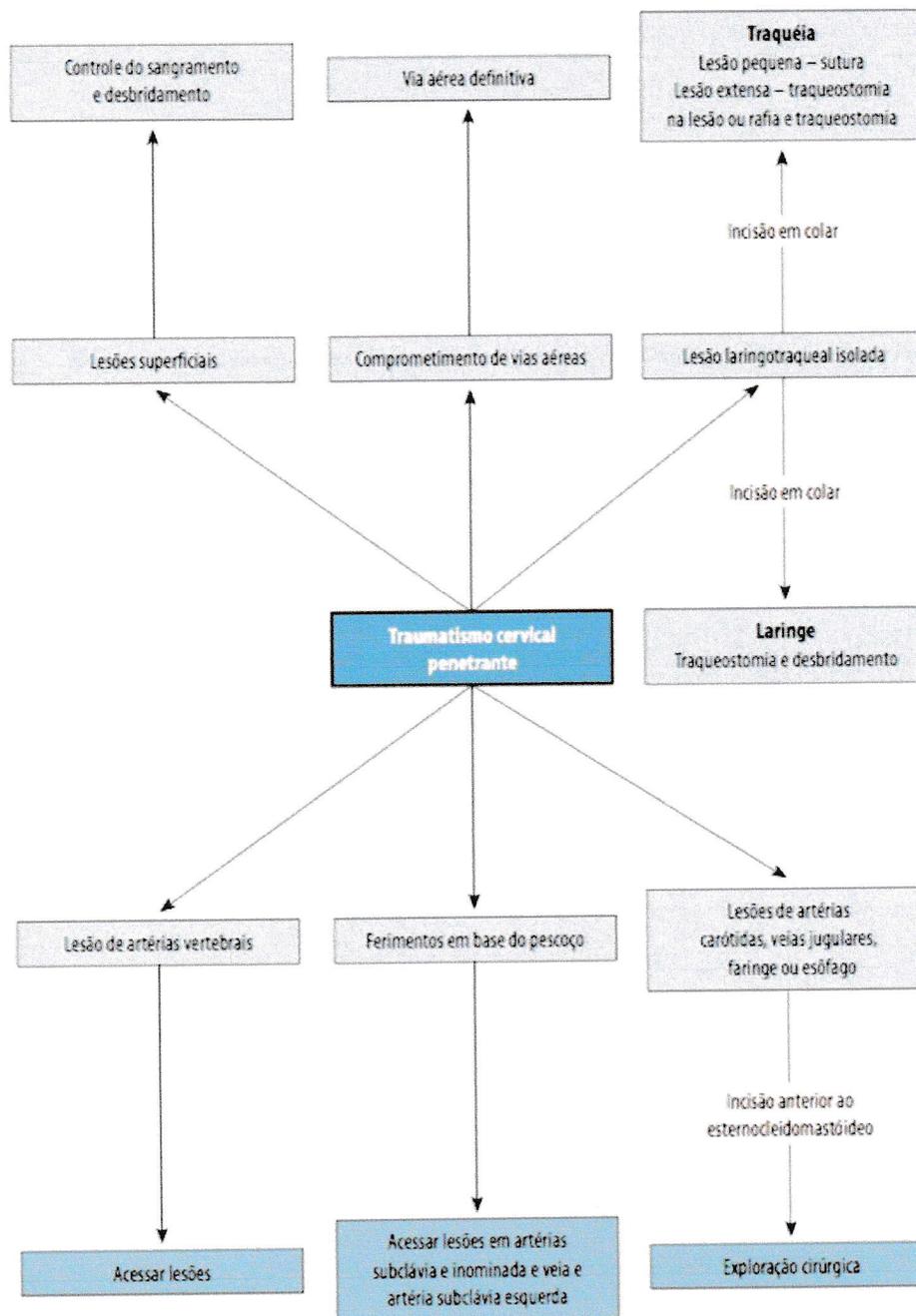
Rastreamento dos pacientes com traumatismo cervical e contuso e possível lesão arterial cervical

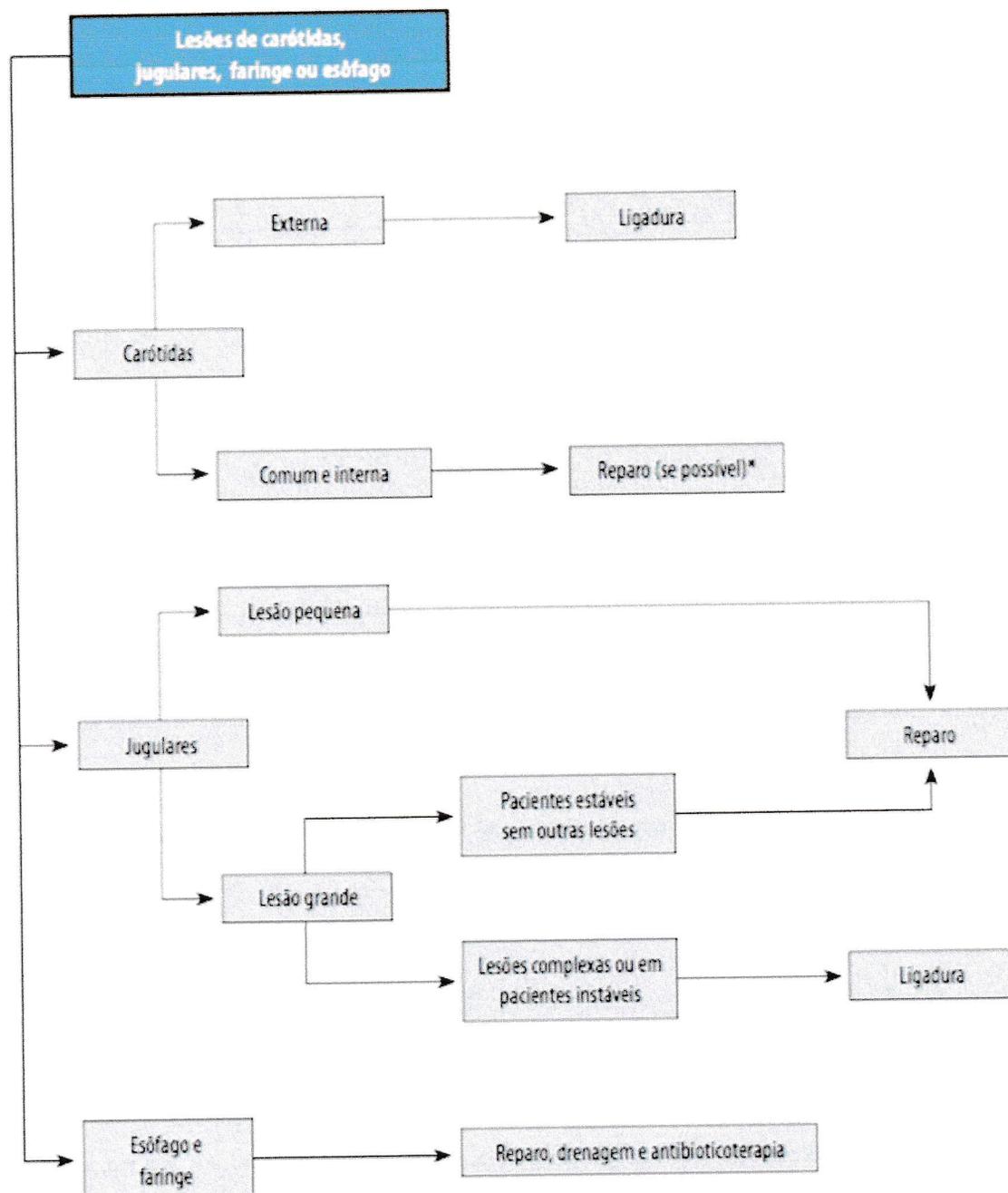
- Investigar mecanismo de trauma (estiramento dos vasos cervicais) – trauma automobilístico, trauma direto do vaso e fragmentos ósseos.
- Devem ser considerados para angiografia os pacientes com: otorragia, rinorragia, hematoma cervical em expansão, infarto cerebral à TC, além de pacientes com síndrome de Horner e fratura de base de crânio envolvendo o canal carotídeo.
- O tratamento é feito com base na localização e no grau da lesão, sendo fundamentado, principalmente, na anticoagulação e na radiologia intervencionista.

Resumo

- O exame físico pode ser negativo no traumatismo cervical e, com isto, lesões indubitavelmente cirúrgicas podem passar despercebidas.
- A história e o mecanismo do trauma são importantes indicadores da propedêutica ou mesmo da necessidade de cirurgia.
- Deve-se ter cuidados com pacientes intoxicados e com os portadores de lesões associadas, o que impede relato de queixas espontâneas.
- A seleção para angiogra a ou pan-endoscopia, nos pacientes estáveis, depende da zona na qual a lesão está localizada.
- O comprometimento da via aérea deve ser resolvido imediatamente e é equivocado aguardar pelos sinais evidentes de insuficiência respiratória obstrutiva para a tomada de decisão.
- Na falta de recursos propedêuticos, todos os pacientes com traumatismo cervical (zona II) devem ser explorados cirurgicamente. Isto é mais seguro que a avaliação clínica continuada.
- A tomografia computadorizada ocupa cada vez mais espaço na propedêutica do traumatismo cervical em todas as suas modalidades.
- A lesão que transfixa o pescoço exige exploração bilateral. O edema cervical que sucede ao ato operatório pode ser significativo. Daí a importância de se considerar uma via aérea cirúrgica (traqueostomia), conforme a magnitude da agressão.
- O tratamento dos pacientes com traumatismo cervical penetrante na zona II, sem evidências de lesão vascular ou aero-digestiva, continua controverso. Exploração compulsória ou seletiva depende, portanto, dos recursos materiais disponíveis para uma propedêutica adequada, das condições do paciente, do discernimento e da experiência do cirurgião.

Fluxogramas em traumatismo cervical





*Exceção – cirurgia em pacientes com acidente vascular encefálico decorrente da lesão com mais de 12 horas de evolução. Neste caso, procede-se à liçadura.

Referência: Protocolos em Trauma do Hospital de Pronto Socorro João XXIII
Domingos André Fernandes Drummond e Helio Machado Vieira Jr.
Ed. MedBook - 2009