

v.3, n.2, 2026 - Fevereiro

REVISTA O UNIVERSO OBSERVÁVEL

ABORDAGEM DO TRAUMA ABDOMINAL FECHADO: Indicação Cirúrgica Versus Tratamento Não Operatório

Luciano Scher Fernandes¹

Revista O Universo Observável

DOI: 10.5281/zenodo.18717271

ISSN: [2966-0599](https://issn.org/2966-0599)



¹Médico pelo Centro Universitário de Caratinga. Cirurgião Geral pelo Hospital Municipal Dr. Cármio Caricchio. Urologista pelo Hospital Ipiranga.

E-mail: scherluciano@yahoo.com.br

Lattes: <https://lattes.cnpq.br/5571290080607376>

ABORDAGEM DO TRAUMA ABDOMINAL FECHADO: Indicação Cirúrgica Versus Tratamento Não Operatório

Luciano Scher Fernandes



PERIÓDICO CIENTÍFICO INDEXADO INTERNACIONALMENTE

ISSN
International Standard Serial Number
2966-0599

www.ouniversoobservavel.com.br

Editora e Revista
O Universo Observável
CNPJ: 57.199.688/0001-06
Naviraí – Mato Grosso do Sul
Rua: Botocudos, 365 – Centro
CEP: 79950-000

RESUMO

O trauma abdominal fechado constitui importante causa de morbimortalidade nos serviços de urgência e emergência, especialmente em vítimas de mecanismos de alta energia, exigindo tomada de decisão rápida e baseada em critérios clínicos objetivos quanto à indicação cirúrgica ou tratamento não operatório. Este estudo teve como objetivo analisar os critérios clínicos e diagnósticos que fundamentam a escolha entre laparotomia exploradora e manejo conservador, bem como discutir suas vantagens, limitações e impactos nos desfechos clínicos. Trata-se de revisão bibliográfica de abordagem qualitativa, com análise de publicações entre 2022 e 2025, selecionadas nas bases Scielo, PubMed e Google Acadêmico, utilizando descritores relacionados a trauma abdominal fechado, controle de danos, laparotomia e tratamento não operatório. Foram incluídos artigos completos que abordassem adultos e comparassem as duas estratégias terapêuticas, sendo excluídos estudos sobre trauma penetrante e relatos isolados de caso. Os resultados demonstraram que a estabilidade hemodinâmica é o principal fator decisório, sendo a cirurgia indicada nos casos de instabilidade, peritonite e lesões viscerais complexas, enquanto o tratamento não operatório apresenta elevadas taxas de sucesso em pacientes estáveis, especialmente em lesões de órgãos sólidos, com menor morbidade e redução do tempo de internação. Conclui-se que não há superioridade absoluta entre as abordagens, mas sim indicação individualizada baseada na condição clínica, nos recursos disponíveis e na monitorização contínua, sendo a correta estratificação do risco determinante para a redução da mortalidade e otimização dos resultados terapêuticos.

Palavras-chave: trauma abdominal fechado; laparotomia exploradora; tratamento não operatório.

ABSTRACT

Blunt abdominal trauma is a major cause of morbidity and mortality in emergency services, particularly among victims of high-energy mechanisms, requiring rapid and evidence-based decision-making regarding surgical indication or non-operative management. This study aimed to analyze the clinical and diagnostic criteria that guide the choice between exploratory laparotomy and conservative treatment, as well as to discuss their advantages, limitations, and impact on clinical outcomes. This is a qualitative literature review including publications from 2022 to 2025, selected from Scielo, PubMed, and Google Scholar databases, using descriptors related to blunt abdominal trauma, damage control, laparotomy, and non-operative treatment. Full-text articles addressing adult patients and comparing both therapeutic strategies were included, while studies focused exclusively on penetrating trauma and isolated case reports were excluded. The findings demonstrated that hemodynamic stability is the primary decision-making factor, with surgery indicated in cases of instability, peritonitis, and complex visceral injuries, whereas non-operative management shows high success rates in stable patients, particularly in solid organ injuries, with lower morbidity and reduced hospital stay. It is concluded that there is no absolute superiority between approaches; rather, individualized indication based on clinical status, available resources, and continuous monitoring is essential, with proper risk stratification being crucial for reducing mortality and optimizing therapeutic outcomes.

Keywords: blunt abdominal trauma; exploratory laparotomy; non-operative management.

1. INTRODUÇÃO

O trauma abdominal fechado constitui importante causa de morbimortalidade nos serviços de emergência, especialmente em indivíduos jovens vítimas de acidentes automobilísticos, quedas e agressões físicas. Trata-se de condição clínica desafiadora, pois muitas vezes as lesões internas não apresentam sinais externos evidentes, o que pode retardar o diagnóstico e comprometer o prognóstico. Nesse contexto, os autores Silva *et al.* (2025) destacam que a abordagem inicial sistematizada, fundamentada no protocolo ATLS, é essencial para identificar precocemente alterações hemodinâmicas e direcionar a conduta terapêutica adequada.

De forma complementar, Galvão *et al.* (2024) ressaltam que a complexidade anatômica da cavidade abdominal e a possibilidade de hemorragias ocultas exigem avaliação clínica criteriosa associada a métodos diagnósticos de alta precisão, como a tomografia computadorizada.

Assim, o manejo do trauma abdominal fechado demanda tomada de decisão rápida, técnica e baseada em evidências. Além disso, a evolução dos métodos diagnósticos e das técnicas intervencionistas ampliou as possibilidades terapêuticas, permitindo que parte significativa dos pacientes seja conduzida por meio do tratamento não operatório. Entretanto, permanece como desafio clínico a definição precisa entre os casos que necessitam de intervenção cirúrgica imediata e aqueles que podem ser acompanhados de forma conservadora.

Diante desse cenário, emerge a problemática central deste estudo: quais são os critérios clínicos e diagnósticos que fundamentam a escolha entre a abordagem cirúrgica e o tratamento não operatório no trauma abdominal fechado, e quais são os impactos dessa decisão nos desfechos clínicos?

Parte-se da hipótese de que a estabilidade hemodinâmica constitui o principal fator decisório na definição da conduta terapêutica, sendo o tratamento não operatório seguro e eficaz em pacientes criteriosamente selecionados, enquanto a intervenção cirúrgica permanece indispensável nos casos de instabilidade ou lesões complexas. Supõe-se, ainda, que a utilização adequada de protocolos assistenciais e métodos diagnósticos avançados reduz tanto a mortalidade quanto a realização de laparotomias desnecessárias. A relevância do tema justifica-se pela alta incidência do trauma abdominal fechado nos serviços de urgência e emergência e pelo impacto direto da decisão terapêutica na sobrevida e na qualidade de vida dos pacientes.

A justificativa deste estudo fundamenta-se na necessidade de aprofundar a compreensão acerca dos critérios que orientam a escolha entre tratamento cirúrgico e não operatório, contribuindo para a prática clínica baseada em evidências. A adequada indicação terapêutica reduz complicações, racionaliza recursos hospitalares e promove melhor prognóstico. Além disso, a análise comparativa entre as abordagens permite identificar vantagens, limitações e riscos associados a cada estratégia, favorecendo decisões mais seguras e individualizadas no contexto do atendimento ao politraumatizado.

O objetivo geral deste estudo é analisar os critérios clínicos e diagnósticos que fundamentam a indicação cirúrgica versus o tratamento não operatório no trauma abdominal fechado. Como objetivos específicos, busca-se: identificar os principais mecanismos fisiopatológicos envolvidos nesse tipo de trauma; descrever os métodos diagnósticos utilizados na avaliação inicial; analisar as indicações absolutas e relativas para laparotomia exploradora; e discutir as vantagens, limitações e taxas de sucesso do tratamento não operatório em pacientes hemodinamicamente estáveis.

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, com abordagem qualitativa. O período de análise compreendeu publicações entre 2022 e 2025, selecionadas em bases de dados científicas como Scielo, PubMed, Google Acadêmico e periódicos indexados na área da saúde. Foram utilizados descritores como “trauma abdominal fechado”, “laparotomia exploradora”, “tratamento não operatório”, “controle de danos” e “lesões de órgãos sólidos”, combinados por meio de operadores booleanos.

Como critérios de inclusão, consideraram-se artigos completos, publicados em português, inglês ou espanhol, com enfoque em adultos e que abordassem diretamente a comparação entre conduta cirúrgica e manejo conservador. Foram excluídos estudos duplicados, relatos de caso isolados,

trabalhos com foco exclusivo em trauma penetrante e publicações fora do período delimitado.

2. REFERENCIAL TEORICO

2.1 Aspectos Epidemiológicos e Fisiopatologia do Trauma Abdominal Fechado

Os autores Silva *et al.* (2022) ressaltam que o trauma abdominal fechado constitui importante causa de morbimortalidade nos serviços de emergência, estando frequentemente relacionado a acidentes automobilísticos, quedas de altura e agressões físicas. Esses mecanismos produzem forças de desaceleração e compressão capazes de provocar lesões internas mesmo na ausência de sinais externos evidentes. Tal característica torna o diagnóstico um desafio clínico, sobretudo nas fases iniciais, quando o paciente pode apresentar poucos sintomas. Nesse contexto, a identificação precoce de instabilidade hemodinâmica é fundamental para reduzir complicações. A avaliação sistematizada associada ao uso do FAST e da tomografia computadorizada contribui decisivamente para o reconhecimento de hemorragias ocultas e lesões viscerais.

No que se refere à fisiopatologia, Silva *et al.* (2022) argumentam que as vísceras maciças, especialmente fígado e baço, estão entre os órgãos mais acometidos devido à sua rica vascularização e posição anatômica vulnerável. O extravasamento sanguíneo decorrente dessas lesões pode evoluir rapidamente para hemoperitônio e choque hipovolêmico. Lesões intestinais, embora menos frequentes, apresentam elevada gravidade quando associadas a perfurações e lesões mesentéricas, podendo desencadear peritonite e sepse. O trauma renal também merece destaque, sobretudo em homens jovens, sendo a hematúria um sinal clínico relevante. A gravidade dessas lesões é classificada por escalas específicas que orientam a conduta.

A autora Magalhães (2025) enfatiza que o trauma abdominal fechado representa parcela significativa dos atendimentos emergenciais, principalmente em eventos de alta energia, como colisões automobilísticas. A ausência de lesões externas aparentes pode mascarar a gravidade do quadro, retardando intervenções necessárias. Por isso, a avaliação clínica criteriosa, associada à monitorização de sinais como taquicardia e hipotensão, torna-se indispensável. A dinâmica do trauma influencia diretamente o padrão das lesões intra-abdominais. A rápida investigação por métodos de imagem possibilita diagnóstico mais seguro e redução de complicações. Assim, a vigilância contínua é determinante para evitar evolução desfavorável.

Sob o ponto de vista fisiopatológico, Magalhães (2025) explica que o impacto contuso desencadeia

resposta inflamatória sistêmica associada a hemorragias internas significativas. Lesões de órgãos sólidos resultam em acúmulo de sangue na cavidade peritoneal, comprometendo a perfusão tecidual e podendo levar ao choque hemorrágico. Já as lesões de vísceras ocas favorecem extravasamento de conteúdo intestinal, aumentando o risco de peritonite e sepse. A magnitude da resposta orgânica depende da intensidade do trauma e da reserva fisiológica do paciente. O reconhecimento precoce dessas alterações orienta a escolha entre manejo conservador e intervenção cirúrgica. Nesse cenário, técnicas minimamente invasivas, como a laparoscopia, ampliam as possibilidades diagnósticas e terapêuticas quando bem indicadas.

Os autores Galvão *et al.* (2024) descrevem o trauma abdominal fechado como condição de elevada gravidade, frequentemente associada a acidentes automobilísticos, quedas e agressões. Esses mecanismos produzem lesões que acometem principalmente fígado, baço e intestinos, órgãos suscetíveis a sangramentos expressivos. A complexidade anatômica da cavidade abdominal dificulta a avaliação exclusivamente clínica, exigindo abordagem rápida e estruturada. A demora no diagnóstico pode resultar em deterioração hemodinâmica e aumento da mortalidade. Nesse contexto, protocolos baseados em evidências desempenham papel central na padronização da assistência. A utilização precoce da tomografia computadorizada contribui para maior precisão diagnóstica e melhor direcionamento terapêutico.

No âmbito fisiopatológico, é ressaltado que o sangramento proveniente de lesões viscerais constitui um dos principais determinantes da gravidade clínica. A ruptura de órgãos altamente vascularizados pode ocasionar perda volêmica maciça, evoluindo para choque e falência orgânica múltipla. Complicações como síndrome compartimental abdominal e perfurações intestinais agravam o quadro e demandam intervenção imediata. A resposta inflamatória sistêmica intensifica o comprometimento metabólico e hemodinâmico do paciente. Dessa maneira, a compreensão aprofundada dos mecanismos fisiopatológicos permite individualizar a conduta terapêutica (Galvão *et al.*, 2024).

2.2 Avaliação Clínica e Métodos Diagnósticos no Trauma Abdominal Fechado

Os autores Silva *et al.* (2025) afirmam que a avaliação clínica do trauma abdominal fechado exige abordagem sistematizada, sendo o protocolo ATLS o alicerce do atendimento inicial ao politraumatizado. A aplicação estruturada da avaliação primária permite identificar rapidamente condições com risco iminente de morte, priorizando

vias aéreas, ventilação e circulação. Essa padronização reduz falhas na triagem e orienta decisões precoces quanto à necessidade de exames complementares. A identificação de instabilidade hemodinâmica nos primeiros minutos é determinante para o prognóstico. Assim, o ATLS organiza a conduta clínica e otimiza o tempo-resposta da equipe multiprofissional. Tal sistematização impacta diretamente na redução da mortalidade.

O exame físico permanece essencial, embora apresente limitações em pacientes inconscientes ou instáveis. Sinais como dor à palpação, distensão abdominal e irritação peritoneal direcionam a suspeita de lesão intra-abdominal. Entretanto, a baixa sensibilidade clínica exige complementação com métodos de imagem, especialmente o FAST e a tomografia computadorizada. O FAST, realizado à beira do leito, é útil na detecção rápida de líquido livre em pacientes instáveis. Já a tomografia apresenta maior precisão diagnóstica em indivíduos hemodinamicamente estáveis. A associação entre avaliação clínica, exames laboratoriais e imagem orienta a definição entre abordagem cirúrgica ou conservadora (Silva *et al.*, 2025).

Os autores Paca Ajitimbay *et al.* (2022) compreendem que o trauma abdominal fechada demanda avaliação imediata e criteriosa, sendo o ATLS fundamental para estruturar a abordagem inicial. A sequência sistemática da avaliação primária e secundária permite reconhecer precocemente sinais de choque hemorrágico. A monitorização contínua dos sinais vitais favorece decisões terapêuticas rápidas e seguras. Em pacientes com suspeita de hemorragia interna, a identificação da instabilidade hemodinâmica orienta intervenções emergenciais. O exame físico, apesar de relevante, pode ser limitado em casos de rebaixamento do nível de consciência. Por isso, a integração entre dados clínicos e exames complementares torna-se indispensável.

É destacado que a FAST representa ferramenta diagnóstica rápida e não invasiva, especialmente útil em pacientes instáveis. Resultado positivo associado à instabilidade pode indicar laparotomia imediata, reduzindo atrasos terapêuticos. Em pacientes estáveis, a tomografia computadorizada configura-se como exame de maior sensibilidade e especificidade. Ela permite avaliar com precisão lesões hepáticas, esplênicas e mesentéricas, além de identificar complicações associadas. Exames laboratoriais, como hemograma e gasometria, complementam a avaliação do estado clínico. Dessa forma, a decisão terapêutica baseia-se na correlação entre estabilidade hemodinâmica e achados diagnósticos (Paca Ajitimbay *et al.*, 2022).

O autor Fernandes (2023) enfatiza que a avaliação do trauma abdominal fechado deve ser contínua e dinâmica, considerando que manifestações clínicas podem ser tardias. A aplicação rigorosa do ATLS orienta a identificação precoce de alterações que ameaçam a vida. O monitoramento hemodinâmico constante permite detectar deterioração clínica mesmo na ausência de sinais externos evidentes. A abordagem inicial deve ser rápida, objetiva e baseada em protocolos consolidados. Essa sistematização reduz erros e melhora a segurança do paciente. Assim, a avaliação clínica estruturada é decisiva para o direcionamento terapêutico.

O exame físico repetido é ferramenta estratégica para acompanhar a evolução do quadro. Contudo, a confirmação diagnóstica depende frequentemente de exames de imagem, sobretudo o FAST e a tomografia computadorizada. O FAST auxilia na detecção de líquido livre em pacientes instáveis, enquanto a tomografia é indicada em indivíduos estáveis. Parâmetros laboratoriais, como hemoglobina e marcadores inflamatórios, complementam a análise clínica. A estabilidade hemodinâmica permanece como critério central na decisão entre tratamento cirúrgico ou conservador. Essa estratificação baseada em evidências tem contribuído para melhores desfechos e uso racional dos recursos (Fernandes, 2023).

2.3 Indicações Cirúrgicas no Trauma Abdominal Fechado

Os autores Bicalho *et al.* (2024) afirmam que o trauma abdominal fechado constitui importante causa de emergência cirúrgica, especialmente em pacientes jovens vítimas de mecanismos de alta energia. A indicação de laparotomia exploradora está diretamente relacionada à presença de instabilidade hemodinâmica, sinais clínicos de peritonite difusa e suspeita de lesões intestinais significativas. Esses critérios configuram indicações absolutas para intervenção imediata, uma vez que sugerem hemorragia ativa ou perfuração visceral. A decisão deve ser rápida e fundamentada na avaliação clínica sistemática e no entendimento do mecanismo do trauma. Situações como evisceração e fraturas pélvicas abertas associadas reforçam a necessidade de abordagem cirúrgica urgente. Nessas circunstâncias, o objetivo central é o controle de danos e a preservação da vida.

Ainda que a laparotomia permanece como padrão ouro nos cenários de risco iminente, pois permite ampla exploração da cavidade abdominal e correção imediata de lesões graves. Entretanto, seu uso indiscriminado pode aumentar a morbidade, sobretudo em pacientes fisiologicamente

comprometidos. Lesões intestinais com suspeita de perfuração, isquemia ou necrose exigem ressecção precoce para evitar sepse e falência orgânica múltipla. Por outro lado, o tratamento não operatório é reservado a pacientes estáveis, sem sinais de peritonite ou sangramento ativo. A falha da conduta conservadora, evidenciada por deterioração clínica ou laboratorial, impõe conversão cirúrgica imediata. Assim, a adequada seleção dos pacientes é determinante para o sucesso terapêutico e redução de complicações (Bicalho *et al.*, 2024).

Silva Júnior *et al.* (2022) enfatizam que a cirurgia de controle de danos é indicada principalmente em pacientes com instabilidade hemodinâmica grave associada à chamada Triade Letal: hipotermia, acidose metabólica e coagulopatia. Nesses casos, a laparotomia abreviada prioriza o controle rápido da hemorragia e da contaminação, adiando reconstruções definitivas para momento posterior. Hemorragias multifocais, lesões vasculares abdominais e múltiplos órgãos acometidos reforçam a necessidade dessa estratégia. A decisão cirúrgica baseia-se em parâmetros objetivos, como pressão arterial sistólica, necessidade de transfusão maciça e marcadores metabólicos. Critérios absolutos incluem peritonite evidente e extravasamento de conteúdo entérico. Já critérios relativos abrangem deterioração progressiva sem resposta ao manejo conservador.

É ressaltado por Silva Júnior *et al.* (2022), que lesões intestinais extensas, desvascularização e contaminação fecal significativa indicam laparotomia imediata, especialmente quando associadas à instabilidade persistente. A cirurgia de controle de danos, embora eficaz na redução da mortalidade em cenários críticos, está associada a complicações relevantes. Entre elas destacam-se infecções do sítio cirúrgico, hérnias ventrais e síndrome compartimental abdominal. Técnicas temporárias de fechamento, como a Bolsa de Bogotá e sistemas de pressão negativa, são utilizadas para permitir reavaliações seriadas. O sucesso dessa abordagem depende da criteriosa seleção dos pacientes e da experiência da equipe.

Os autores Gomes *et al.* (2022) descrevem que a indicação cirúrgica no trauma abdominal fechado deve ser fundamentada em critérios clínicos bem definidos, sendo a instabilidade hemodinâmica e a peritonite os principais determinantes absolutos. Esses achados sugerem hemorragia interna ativa ou perfuração de víscera oca, demandando laparotomia imediata. A avaliação criteriosa permite antecipar complicações potencialmente fatais. Além disso, determinadas lesões mesentéricas, como as do tipo “bucket handle”, representam desafio diagnóstico devido à evolução inicialmente silenciosa. Nessas situações, sinais indiretos em exames de imagem,

como pneumoperitônio ou líquido livre isolado, configuram critérios relativos para intervenção. A vigilância clínica contínua é fundamental para evitar atraso terapêutico.

A falha do tratamento conservador constitui importante indicação cirúrgica secundária. Piora progressiva da dor abdominal, elevação de marcadores inflamatórios e instabilidade hemodinâmica tardia sinalizam necessidade de reavaliação imediata. O adiamento da laparotomia em tais circunstâncias pode aumentar significativamente a morbimortalidade. Entretanto, a intervenção cirúrgica não está isenta de riscos, incluindo infecções, aderências intestinais e síndrome compartimental abdominal. Essas complicações exigem abordagem multidisciplinar e planejamento cuidadoso do pós-operatório. Portanto, a decisão entre intervir ou manter conduta conservadora deve ser individualizada, equilibrando riscos e benefícios conforme o quadro clínico (Gomes *et al.*, 2022).

2.4 Tratamento Não Operatório: Critérios, Vantagens e Limitações

Os autores Macedo, Neves e Torres (2024) analisam que o tratamento não operatório (TNO) nas lesões esplênicas decorrentes de trauma abdominal fechado consolidou-se como estratégia segura em pacientes hemodinamicamente estáveis. A seleção criteriosa baseia-se na estabilidade clínica, no grau da lesão e nos achados da tomografia computadorizada, especialmente em lesões grau IV e V. A angioembolização da artéria esplênica constitui a principal ferramenta terapêutica, permitindo controle do sangramento com preservação da função imunológica do órgão. Essa abordagem reduz os riscos associados à esplenectomia, como imunossupressão e infecções graves. Quando bem indicada, apresenta taxas de sucesso superiores a 90%. Assim, o TNO tornou-se alternativa preferencial em centros com suporte adequado.

Contudo, é ressaltado que o sucesso do TNO depende de monitorização intensiva e infraestrutura hospitalar eficiente. Complicações como ruptura tardia do hematoma, infartos e abscessos esplênicos podem ocorrer, exigindo vigilância clínica diária. A falha do manejo conservador, evidenciada por instabilidade hemodinâmica persistente ou piora laboratorial, impõe conversão imediata para esplenectomia. Entre as vantagens do TNO destacam-se menor necessidade transfusional, redução de complicações cirúrgicas e menor tempo de internação. Além disso, trata-se de abordagem custo-efetiva por evitar intervenções invasivas desnecessárias. Entretanto, sua aplicação é limitada em locais sem acesso à

radiologia intervencionista (Macedo, Neves e Torres, 2024).

Os autores Jaegge *et al.* (2024) afirmam que o tratamento não operatório das lesões hepáticas no trauma abdominal fechado é eficaz em pacientes hemodinamicamente estáveis. A tomografia computadorizada exerce papel central na triagem, permitindo avaliar extensão da lesão e presença de extravasamento ativo. A seleção adequada dos pacientes é determinante para evitar intervenções cirúrgicas desnecessárias. O manejo conservador proporciona preservação da função hepática e menor agressão fisiológica. Além disso, reduz os riscos inerentes ao ato operatório. Dessa forma, o TNO consolidou-se como conduta padrão em centros especializados.

A monitorização contínua é elemento essencial para o êxito terapêutico. A vigilância dos sinais vitais e a repetição de exames de imagem permitem identificar precocemente possíveis deteriorações clínicas. A embolização hepática surge como recurso complementar eficaz no controle de sangramentos contidos. Entre as vantagens observam-se menor morbidade, redução do tempo de internação e menores custos hospitalares. Contudo, a falha do TNO pode ocorrer, sobretudo quando há subestimação da gravidade inicial. Assim, protocolos rígidos e equipe experiente são indispensáveis para garantir segurança e bons desfechos (Jaegge *et al.*, 2024).

A autora Paula (2022) enfatiza que o tratamento não operatório no trauma abdominal fechado é indicado principalmente em pacientes hemodinamicamente estáveis, sem sinais de peritonite e com lesões restritas a órgãos sólidos. A conduta baseia-se em critérios clínicos rigorosos e na monitorização seriada por exames laboratoriais e de imagem. Essa abordagem permite reduzir o número de laparotomias não terapêuticas, historicamente frequentes. A vigilância intensiva é fundamental para detectar precocemente qualquer sinal de falência do tratamento conservador. Quando corretamente aplicado, o TNO apresenta elevada taxa de sucesso. Dessa maneira, tornou-se estratégia amplamente aceita em centros de trauma.

A embolização desempenha papel relevante como complemento ao manejo conservador. Essa técnica minimamente invasiva possibilita controle eficaz de hemorragias sem necessidade de laparotomia. Entre as vantagens estão menor incidência de infecções hospitalares, menor morbidade operatória e recuperação mais rápida. Contudo, o tratamento conservador exige estrutura hospitalar adequada e equipe treinada para decisões ágeis. A falha do TNO, embora incomum, pode elevar a mortalidade quando há atraso na conversão cirúrgica. Portanto, a decisão deve ser

individualizada, equilibrando segurança, recursos disponíveis e resposta clínica do paciente (Paula, 2022).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da literatura demonstra que a estabilidade hemodinâmica constitui o principal critério para definição da conduta no trauma abdominal fechado. Silva *et al.* (2025) e Paca Ajitimbay *et al.* (2022) evidenciam que a aplicação sistemática do protocolo ATLS permite identificar precocemente sinais de choque hemorrágico, direcionando decisões terapêuticas seguras. Na prática clínica, pacientes com hipotensão persistente e taquicardia refratária apresentam maior probabilidade de necessitar laparotomia imediata. Esses achados convergem com os critérios absolutos descritos por Bicalho *et al.* (2024) e Gomes *et al.* (2022). Assim, observa-se que a avaliação inicial estruturada impacta diretamente na redução da mortalidade. A conduta baseada em parâmetros objetivos mostra-se determinante para melhores desfechos.

No que se refere às indicações cirúrgicas, os resultados apontam que a laparotomia permanece essencial em cenários de instabilidade e peritonite. Silva Júnior *et al.* (2022) ressaltam que a presença da Tríade Letal, acidose, coagulopatia e hipotermia indica necessidade de cirurgia de controle de danos. Na prática assistencial, essa abordagem prioriza controle hemorrágico e contenção da contaminação abdominal. Bicalho *et al.* (2024) destacam que lesões intestinais complexas e hemorragias multifocais reforçam a urgência da intervenção. Entretanto, também são descritas complicações relevantes associadas ao procedimento cirúrgico. Dessa forma, a decisão operatória deve equilibrar urgência terapêutica e risco de morbidade.

Em contraposição, o tratamento não operatório apresentou elevadas taxas de sucesso em pacientes hemodinamicamente estáveis. Macedo, Neves e Torres (2024) demonstram que a angioembolização esplênica alcança índices superiores a 90% quando há adequada seleção clínica. Os autores Jaegge *et al.* (2024) reforçam que o manejo conservador das lesões hepáticas reduz complicações cirúrgicas e preserva a função orgânica. Na prática hospitalar, observa-se menor necessidade transfusional e menor tempo de internação. Paula (2022) também evidencia redução significativa de laparotomias não terapêuticas. Esses achados confirmam que o avanço tecnológico ampliou a segurança do tratamento conservador.

Apesar das vantagens, os resultados indicam limitações importantes do tratamento não operatório. A falha do TNO, caracterizada por instabilidade tardia ou piora laboratorial, impõe

conversão cirúrgica imediata (Paula, 2022). Macedo, Neves e Torres (2024) alertam para complicações como ruptura tardia de hematomas e abscessos esplênicos. Na prática clínica, o atraso na indicação cirúrgica após deterioração hemodinâmica aumenta a morbimortalidade. Além disso, a efetividade do TNO depende de monitorização intensiva e infraestrutura adequada. Assim, sua aplicação é restrita a centros com suporte diagnóstico e terapêutico avançado.

Outro achado relevante refere-se ao papel central dos métodos diagnósticos na definição terapêutica. Silva *et al.* (2025) destacam que a tomografia computadorizada possui alta sensibilidade na identificação de lesões viscerais. Paca Ajitimbay *et al.* (2022) apontam o FAST como ferramenta essencial em pacientes instáveis. Na prática, a integração entre exame físico, exames laboratoriais e imagem reduz laparotomias desnecessárias. Fernandes (2023) enfatiza que a avaliação deve ser contínua e dinâmica, considerando evolução clínica tardia. Portanto, a decisão entre cirurgia e TNO depende da correlação entre dados clínicos e achados radiológicos.

A discussão evidencia ainda que a abordagem ideal não é absoluta, mas individualizada conforme o perfil clínico do paciente. Os autores Gomes *et al.* (2022) ressaltam que critérios absolutos e relativos devem ser avaliados conjuntamente. Na prática, fatores como idade, comorbidades e disponibilidade de recursos influenciam a decisão. A atuação integrada entre cirurgiões, radiologistas e intensivistas fortalece a condução terapêutica. Silva Júnior *et al.* (2022) reforçam que protocolos baseados em evidências reduzem mortalidade. Dessa forma, a conduta deve ser adaptada à realidade institucional e à gravidade do trauma.

De maneira geral, os resultados indicam que tanto a intervenção cirúrgica quanto o tratamento não operatório são estratégias eficazes quando corretamente indicadas. A cirurgia é indispensável em casos de instabilidade grave e lesões complexas, enquanto o TNO se destaca na preservação orgânica e redução de complicações. A literatura analisada demonstra convergência quanto à centralidade da estabilidade hemodinâmica como critério decisório. Na prática, a aplicação rigorosa de protocolos e a monitorização contínua são determinantes para o sucesso terapêutico.

4. CONCLUSÃO

O trauma abdominal fechado representa condição clínica de elevada complexidade, exigindo avaliação rápida, sistematizada e baseada em critérios objetivos para definição da conduta terapêutica. A estabilidade hemodinâmica demonstrou-se como o principal fator decisório entre

abordagem cirúrgica e tratamento não operatório. A correta aplicação de protocolos de atendimento e a integração entre avaliação clínica e métodos diagnósticos são determinantes para a redução da morbimortalidade. Nesse contexto, a atuação organizada e fundamentada em evidências contribui significativamente para melhores desfechos clínicos.

A laparotomia exploradora mantém papel indispensável nos casos de instabilidade hemodinâmica persistente, peritonite e lesões viscerais complexas. A intervenção cirúrgica, especialmente na modalidade de controle de danos, é fundamental para interromper ciclos fisiopatológicos que podem culminar em falência orgânica múltipla. Entretanto, trata-se de procedimento associado a complicações relevantes, o que reforça a necessidade de indicação criteriosa. A decisão operatória deve sempre considerar a gravidade do quadro, os riscos envolvidos e as condições clínicas do paciente.

O tratamento não operatório consolidou-se como estratégia segura e eficaz em pacientes hemodinamicamente estáveis, particularmente nas lesões de órgãos sólidos. A evolução dos métodos de imagem e das técnicas intervencionistas ampliou as possibilidades terapêuticas conservadoras, permitindo preservação funcional dos órgãos acometidos. Essa abordagem apresenta vantagens como menor morbidade, redução do tempo de internação e menor necessidade de intervenções invasivas. Contudo, sua efetividade depende de monitorização rigorosa e infraestrutura adequada para identificação precoce de possíveis falhas.

Dessa forma, não há superioridade absoluta entre as abordagens, mas sim indicações específicas fundamentadas na avaliação individualizada de cada paciente. A escolha entre tratamento cirúrgico e não operatório deve ser guiada pela estabilidade hemodinâmica, gravidade das lesões e disponibilidade de recursos institucionais. A integração entre equipe multidisciplinar, protocolos bem estabelecidos e vigilância contínua constitui o alicerce para o sucesso terapêutico. Assim, a tomada de decisão assertiva e personalizada é essencial para otimizar resultados e garantir segurança no manejo do trauma abdominal fechado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BICALHO, Filipe Flores *et al.* Manejo cirúrgico do trauma abdominal: comparação entre laparotomia e abordagens minimamente invasivas. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 9, p. 1467-1477, 2024.

FERNANDES, Nicolau. Perfil epidemiológico de trauma abdominal submetido à laparotomia exploradora. *Vascular*, v. 7, n. 5, p. 4, 2023.

GALVÃO, Amanda Albuquerque Cursino Barbosa *et al.* Trauma abdominal: Avaliação, prioridades cirúrgicas e estratégias de ressuscitação em casos de emergência. *Research, Society and Development*, v. 13, n. 5, 2024.

GOMES, João Roque *et al.* Hérnia abdominal traumática e lesões mesentéricas tipo bucket handle após trauma abdominal fechado. *Caríssimos leitores*, p. 25, 2022.

JAEGGE, Nicole Almeida Ramos *et al.* Trauma abdominal e lesões hepáticas: tratamento cirúrgico e não cirúrgico. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 10, n. 9, p. 205-214, 2024.

MACEDO, Guilherme Laginestra De; NEVES, Sabrina Mozilla Almeida; TORRES, Felipe Sakr Callou. Intervenções no tratamento das lesões esplênicas grau IV e V no trauma abdominal fechado: angioembolização ou esplenectomia. *Lumen et Virtus*, v. 15, n. 43, p. 8307-8317, 2024.

MAGALHÃES, Filipa Luísa Barbosa. **O papel da laparoscopia no trauma abdominal.** 2025.

PACA AJITIMBAY, Toa Natali; PILATASIG PÉREZ, Luis Fernando; VERDEZOTO UNAUCHO, Gissele Stephanie; QUISANGA LLUMILUISA, Jaqueline Magaly. Trauma abdominal cerrado. Manejo inicial *en urgencias*. **RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento**, 2022.

PAULA, Roberta Graziotti. **Comparação entre abordagem cirúrgica versus tratamento conservador no trauma abdominal: síntese de evidências clínicas.** Hospital do Servidor Público Municipal – Residência Médica em Cirurgia Básica, São Paulo, 2022.

SILVA JÚNIOR, Wilson Tomaz Da *et al.* **Cirurgia de controle de danos no trauma abdominal: Técnicas cirúrgicas, indicações e seus impactos.** In: A ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA CONTEMPORANEIDADE. Editora Científica Digital, 2022.

SILVA, Layanne Araújo *et al.* Trauma abdominal fechado: uma revisão de literatura. *Revista Científica do Tocantins*, v. 2, n. 1, p. 1-14, 2022.

SILVA, Rafaela Duarte *et al.* Trauma Abdominal Fechado: Revisão Sobre o Diagnóstico e o Manejo. *SUMMA Diálogos em Saúde*, v. 1, n. Supl. 1, 2025.