



A Síndrome Compartimental é definida como o aumento na pressão intersticial em um compartimento osteofascial fechado, causando uma diminuição na pressão de perfusão, levando à hipoxemia dos tecidos. A diminuição da perfusão tecidual pode levar à necrose irreversível, o que pode resultar em comprometimento funcional, perda do membro ou até morte. Por se tratar de uma emergência cirúrgica, o diagnóstico precoce é essencial. O objetivo desse Pathway é auxiliar o médico no diagnóstico e tratamento eficaz.

I. ASSISTENCIAL

1. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

O diagnóstico de síndrome compartimental dos membros é clínico, sendo realizado com história e exame físico. Apesar de existirem exames complementares para reforçar o diagnóstico ou excluir outras hipóteses, esses não devem ser realizados caso acarretem atraso do tratamento do paciente.

Deve-se suspeitar do diagnóstico de síndrome compartimental nos pacientes que apresentam as etiologias mais comuns, como trauma de partes moles, fraturas fechadas, após redução de fraturas, lesões arteriais, durante e após reperfusão em isquemia aguda, trombose venosa, queimaduras e síndrome de esmagamento.

A Síndrome Compartimental Aguda pode ser diagnosticada com base nos sintomas clínicos, na pressão intracompartimental ou em ambos.

História e Sintomas Clínicos (evolução progressiva)

1. Dor intensa desproporcional à lesão causadora e que não melhora com analgesia adequada
2. Dor em repouso e ao alongamento passivo dos músculos afetados
3. Parestesia e paresia da extremidade afetada
4. Distensão do compartimento afetado
5. Paralisia, palidez e ausência de pulso podem não estar presentes ou serem sinais tardios.
6. Em crianças: Agitação, ansiedade e necessidade crescente de analgésicos são sinais que devem ser valorizados.

Existem dispositivos para medição da pressão intra-compartimental que podem auxiliar no diagnóstico, porém esses dispositivos não estão disponíveis na maioria dos centros de atendimento, não são necessários para o diagnóstico e o tratamento da doença não deve ser postergado para a realização desse exame. Alguns exames laboratoriais também podem ser coletados com foco na continuidade do tratamento da doença, tais como CPK, potássio, ureia, creatinina, porém não são essenciais para o diagnóstico nem devem atrasar o tratamento.

2. AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

Por se tratar de abordagem de urgência, nenhum exame ou avaliação clínica deve retardar o tratamento cirúrgico. Atrasos na abordagem podem levar a complicações e sequelas permanentes.

Pré-operatórios: Solicitados conforme idade do paciente, como também a presença ou não de comorbidades clínica.

- Abaixo de 40 anos: Hemograma e coagulograma.
- Acima dos 40 anos: Os citados acima mais Sódio/ Potássio / Ureia / Creatinina / Eletrocardiograma.

Outros exames:

Creatina fosfoquinase (CPK): Pode estar elevada em casos de necrose muscular, um sinal de que a síndrome compartimental é grave.

Análise de gases sanguíneos: Para avaliar a função respiratória e o equilíbrio ácido-base, que pode ser alterado devido à isquemia.

3. INDICAÇÃO DE CIRURGIA (descrição e código TUSS)

- TUSS 30730074 – Fasciotomia
- TUSS 30730082 – Fasciotomia – por compartimento
- TUSS 30730090 – Fasciotomias (descompressivas)
- TUSS 30730104 – Fasciotomias acima do punho

4. ALOCAÇÃO

- Por se tratar de uma doença relacionada a outras patologias graves e muitas vezes com acometimento de outros sistemas, como no trauma, todo o contexto do paciente deverá ser considerado no momento de decidir sua alocação.
- O destino do paciente deve ser decidido pela equipe multidisciplinar em conjunto com base na doença e também na etiologia dessa. Normalmente esses pacientes necessitarão de pós-operatório em UTI devido a causa base e para monitorização de possíveis consequências. Alocações para outros setores podem ser realizadas, devendo estar registradas em prontuário.

5. TRATAMENTO

- Exames pós-operatórios
- Prescrição médica
- Dieta
- Analgesia
- Antibioticoterapia
- Antieméticos
- Protetor gástrico
- Profilaxia TEV
- Reabilitação
- Prescrições especiais

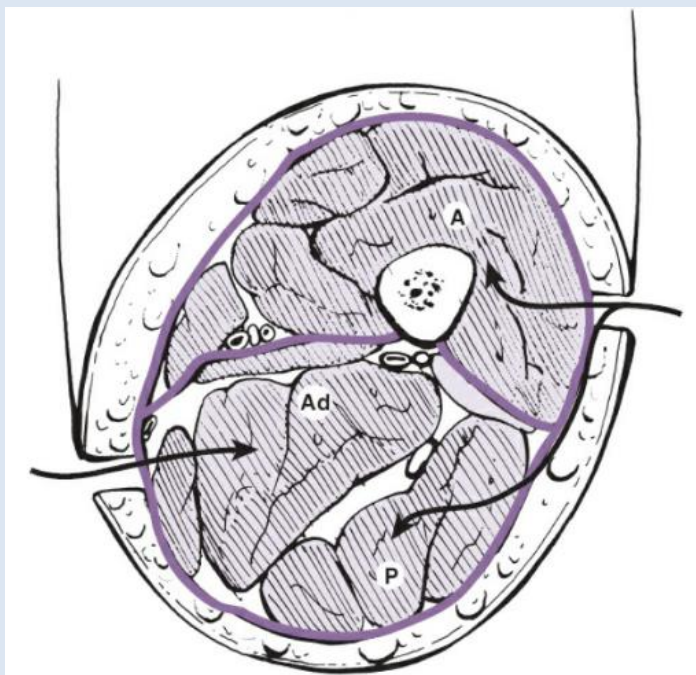
- Além do tratamento cirúrgico, medidas complementares devem ser tomadas para diminuir a possibilidade de sequelas.
- Para o tratamento de hipercalemia, deve ser realizado medidas como furosema intravenosa, soro polarizante ou outras medidas da instituição. Deve ser considerado diálise se hipercalemia refratária.
- Mioglobulinúria: deve ser tratada com infusão precoce de cristalóides, aumento da diurese com manitol ou alcalinização da urina com bicarbonato. Deve-se promover hidratação vigorosa, visando diurese 0,5-1mL/min

5.1 FASCIOTOMIAS

COXA:

3 compartimentos (anterior, posterior e dos adutores).

Deve ser realizada uma incisão única lateral da linha intertrocanterica até o epicôndilo lateral do fêmur, descomprimindo assim os compartimentos anterior e posterior (o compartimento dos adutores normalmente não necessita ser descomprimido, pois raramente é comprometido).

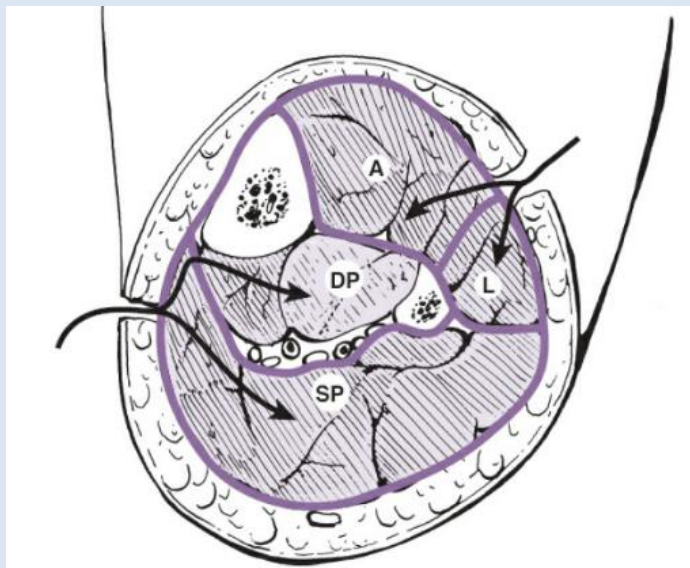


PERNA:

4 compartimentos (anterior, lateral, posterior superficial e profundo)

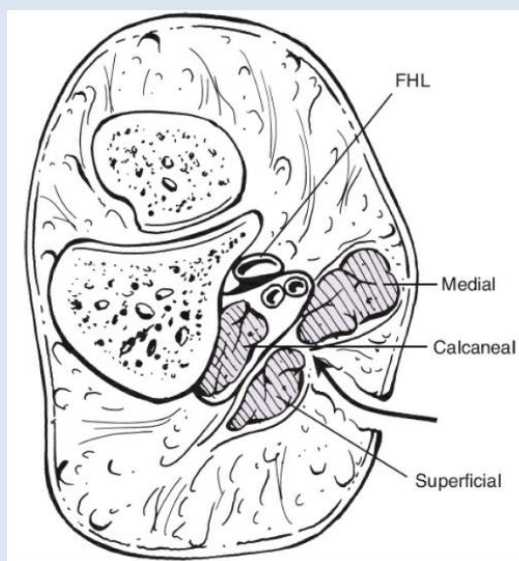
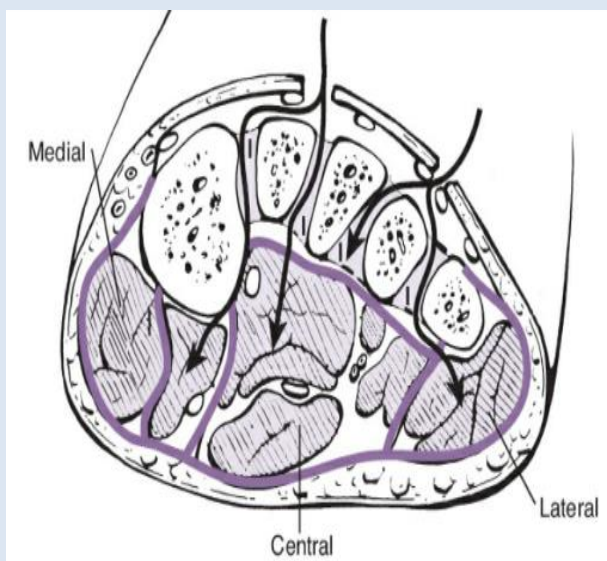
É o local mais acometido pela síndrome compartimental. A fasciotomia deve ocorrer por incisão dupla: uma anterolateral e outra posteromedial

- Anterolateral: incisão longitudinal de 15-20cm, 2cm lateral à borda anterior da tíbia. Deve-se tomar cuidado para não lesar o nervo fibular superficial
- Posteromedial: incisão longitudinal de 15-20cm, 2cm posterior a borda posterior da tíbia. Deve-se tomar cuidado com a veia safena magna e o nervo safeno

**PÉ:**

4 compartimentos (medial, lateral, central e interósseo).

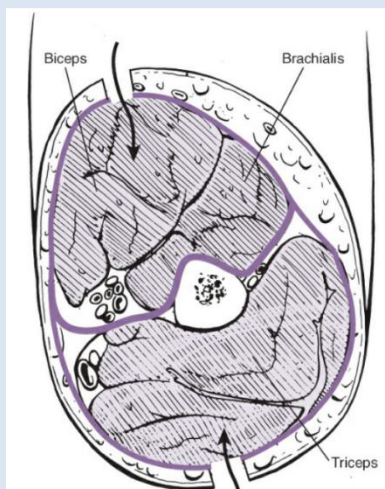
A descompressão segura e eficaz é possível por meio de duas incisões de 1cm no dorso do pé, permitindo acesso ao compartimento interósseo, central, medial e lateral. O acometimento do retropé, próximo ao calcâneo obriga uma incisão adicional medial para descompressão da região.



BRACO:

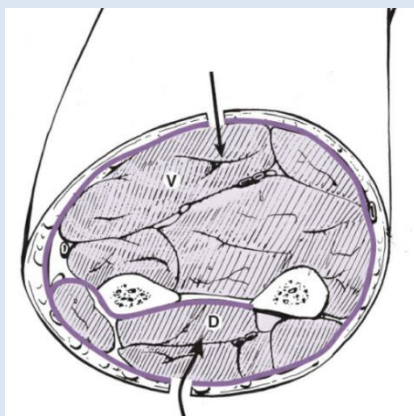
2 compartimentos (anterior e posterior)

A fasciotomia deve ocorrer por incisão dupla: uma anterior e outra posterior.

**ANTEBRAÇO:**

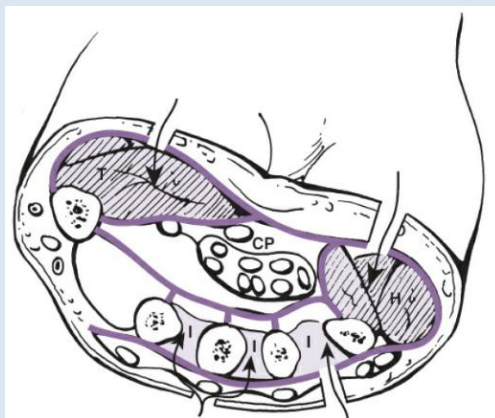
3 compartimentos (volar, dorsal e "massa móvel")

A descompressão é possível por uma via volar e outra dorsal, longitudinal. A liberação da "massa móvel" do músculo pronador quadrado é necessária pela via volar quando o acometimento é distal.

**MÃO:**

10 compartimentos (1 tenar, 1 hipotenar, 1 adutor do polegar, 4 interósseos dorsais, 3 interósseos volares)

A fasciotomia completa inclui uma incisão volar no compartimento tenar e outra no compartimento hipotenar. No aspecto dorsal, duas incisões pequenas são suficientes para a descompressão dos compartimentos interósseos.



6. CRITÉRIOS PÓS-OPERATÓRIO

Espera-se uma melhora imediata da tensão no compartimento após a realização do tratamento. Também se espera melhora da dor e da parestesia. Sintomas como paresia podem levar mais tempo para mostrar melhora e apresentar um grau de irreversibilidade, a depender do estado clínico do paciente, etiologia e tempo de acometimento.

Alguns exames como CPK, potássio e função renal podem levar alguns dias para normalizar, a depender da gravidade do quadro, devendo ser coletados diariamente. A diurese também deve ser monitorizada até melhora renal.

A musculatura exposta pela fasciotomia deve ser avaliada diariamente durante a troca de curativos. Espera-se melhora progressiva do edema, tecido de granulação, sem secreção purulenta ou tecidos desvitalizados em grande quantidade.

Conforme o paciente apresentar melhora clínica, o paciente pode ser levado ao centro cirúrgico a cada poucos dias para desbridamento e lavagem da ferida e fechamento da fasciotomia se possível

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Tempo em minutos, do agendamento da cirurgia até o início da anestesia (quando fasciotomia for realizada em Centro Cirúrgico, e avaliação tiver acontecido for a do Centro Cirúrgico.).
- Taxa de amputação da extremidade em pacientes diagnosticados com síndrome compartimental dos membros.
- Taxa de mortalidade
- Taxa de reoperação
- Taxa de amputação
- Taxa de hemodiálise
- Taxa de complicações

III. REFERÊNCIAS

[1] Rutherford`s Vascular Surgery and Endovascular Therapy, 10th edição, capítulo 105, págs. 1393-1394

[2] Tornetta, P., III, Ricci, W. M., Ostrum, R. F., McKee, M. D., Ollivere, B. J., & Ridder, V. A. D. (2024). Rockwood and Green's fractures in adults (10ª ed.). Wolters Kluwer.

[3] Maffei, F.H.A., Yoshida W.D., Rollo H.A., Moura R., Sobreira M.L., Giannini M., Lastória S., Doenças vasculares periféricas, 5 edição - ,capitulo 73 – pagina 1344

Código Documento: CPTW533.1	Elaborador: Ricardo Waksman Marcelo Teivelis Giovani Manhabusqui Lucas Lembrança	Revisor: Fernando Ramos de Mattos	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 02/10/2025	Data de Aprovação: 08/07/2026
---------------------------------------	--	---	---	--	---