

INTRODUÇÃO

O trauma torácico penetrante associado à lesão cardíaca é rara e atinge taxas de mortalidade em torno de 16-97%, sendo causado em sua maioria por perfuração por arma de fogo. São normalmente devastadoras e poucos pacientes sobrevivem ao trauma inicial. As duas principais formas de apresentação são choque hemorrágico, considerado a principal causa de morte nestes traumas, necessitando abordagem com toracotomia de emergência; e tamponamento cardíaco. O ventrículo direito é a câmara mais comumente acometida (55%) seguida por ventrículo esquerdo (20%) e átrio direito (10%).

RELATO DE CASO

M.A., masculino, 21 anos, admitido após perfuração por arma branca, com múltiplos orifícios de entrada: hemitórax à esquerda, infraclavicular à direita e braço à esquerda. Admitido em gravíssimo estado geral, gaspeando, MV diminuído em hemitórax a esquerda, hipotensão, taquicárdico, Glasgow 4. Realizada abordagem inicial segundo protocolo Advanced Trauma Life Support (ATLS) e USG FAST que evidenciou presença de líquido pericárdico. Encaminhado ao centro cirúrgico e realizada toracotomia exploradora à esquerda com achado de volumoso hemotórax, tamponamento cardíaco, perfuração cardíaca em ventrículo esquerdo e perfuração pulmonar

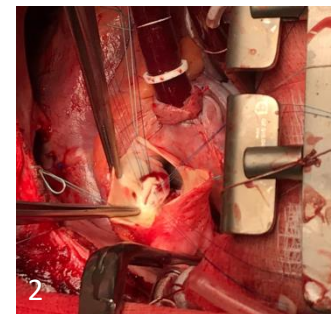
em lobo esquerdo. Realizada drenagem de hemotórax, pericardiotomia com tamponamento do sangramento, cardiorráfia, pneumorráfia e toracostomia em selo d'água anterior e posterior. Paciente encaminhado à unidade de terapia intensiva, onde permaneceu 7 dias e foi transferido aos cuidados do serviço de referência em cirurgia cardíaca, onde realizou cirurgia de correção de fístula aorto-ventricular à direita, tendo alta em regular estado geral.

DISCUSSÃO

A abordagem inicial do paciente politraumatizado deve seguir a sistematização do ATLS. Deve-se avaliar presença de tamponamento cardíaco o mais breve possível, principalmente na presença de ingurgitamento venoso cervical, hipotensão arterial e abafamento das bulhas cardíacas – tríade de Beck, bem como taquicardia, pulso paradoxal, elevação de pressão venosa central, sinal de Kussmaul, respiração pré-agônica, cianose, hipóxia e choque. Exames complementares são dispensáveis, porém o protocolo FAST tem sido largamente recomendado para diagnóstico de hemopericárdio na sala de emergência. O acesso cirúrgico preferencial na presença de instabilidade hemodinâmica é a toracotomia ântero-lateral esquerda, realizando-se pericardiotomia para visualização direta das lesões cardíacas. O tratamento definitivo é a rafia das lesões com fio inabsorvível abrangendo toda espessura

miocárdica para evitar possíveis lesões. Novos métodos de abordagem estão se tornando disponíveis para auxiliar o tratamento cirúrgico de lesões não visualizadas na abordagem de urgência ou sem possibilidade de rafia no ato devido abordagem para controle de danos. A rápida abordagem e os cuidados intensivos pós operatórios determinam a boa evolução do paciente.

PALAVRAS CHAVE: Traumatismo torácico; Lesão cardíaca; Choque hemorrágico.



1. Imagem intra-operatória de lesão cardíaca em ventrículo esquerdo rafiada.
2. Abordagem em serviço de referência em cirurgia cardíaca para correção de fístula aorto-ventricular à direita.