

JÚLIA CRISTINA FACCHI. GABRIELA BEATRIZ SIA. MAYARA GALISSE NEGRÃO. IVAN AUGUSTO AGUDO MIRANDA. CESAR VANDERLEI CARMONA. ELCIO SHIYOITI HIRANO. GUSTAVO PEREIRA FRAGA. THIAGO RODRIGUES ARAUJO CALDERAN.  
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP

## Introdução

Asfixia traumática é uma síndrome rara caracterizada por cianose, hemorragia subconjuntival e petéquias em região de face e tronco após trauma toracoabdominal. A síndrome foi descrita pela primeira vez em 1837 após a morte em massa de cidadãos pisoteados em motim em Paris. Este caso clínico relata a asfixia traumática em uma vítima de esmagamento que evoluiu com cegueira bilateral.

## Relato de Caso

Paciente masculino, 34 anos, prensado em poço de elevador, esmagado em região toracoabdominal e membros inferiores por 45 minutos. Após resgate, foi levado ao Centro de Trauma por transporte aéreo. No atendimento inicial, queixava-se de amaurose bilateral total, apresentava via aérea pérvia, saturação de 99% em uso de 10L de oxigênio/min, extensa pletora facial (Figura 1), hemorragia e quemose conjuntival bilateral, petéquias difusas em face e pescoço e tórax, e otorragia. Sem alterações da semiologia cardíaca ou pulmonar. Pressão arterial 125 x 65 mmHg, frequência cardíaca de 111 bpm. Abdome distendido, flácido e indolor, com FAST negativo. Pelve estável, porém, sínfise púbica aberta, apresentando crepitação a palpação em região de quadril a esquerda, sendo realizado imobilização com lençol. Glasgow 14, com pupilas midriáticas e não fotorreagentes. Devido a edema importante em face e evolução com choque grau III, realizado intubação orotraqueal e transfusão de hemoconcentrados, com estabilização hemodinâmica. Radiografia de pelve mostrou sínfise púbica aberta e sinais de fratura íliaca.



Figura 1. Paciente após atendimento inicial

Nas tomografias computadorizadas, crânio e coluna cervical sem alterações, tórax com contusão pulmonar, pneumotórax laminar bilateral, ausência de alterações em veia cava superior e abdome com trauma esplênico grau II, hematoma em retroperitônio em zona três, fratura de osso íliaco esquerdo, desalinhamento de púbis, ausência de blush arterial em pelve, fratura de processo transversos de L2, L3, L4. Paciente submetido a fixação externa da pelve, tratamento conservador

do pneumotórax e fraturas vertebrais, e tratamento não operatório da lesão esplênica e do hematoma de retroperitônio. Internado em UTI por dez dias, mantido intubado por sete dias. Após extubação, paciente consciente e com déficit visual completo. Tratamento definitivo da bacia com 23 dias do trauma com placa e parafuso. Alta 25 dias após admissão. No seguimento ambulatorial, retornou a deambulação após quatro meses, evoluiu com atrofia do nervo óptico, perda permanente da visão e distúrbio depressivo com sintomas ansiosos.

## Discussão

Asfixia traumática é uma síndrome rara, também denominada Síndrome de Perthes ou Morestin, ocorre devido ao aumento da pressão na veia cava superior por compressão prolongada na região torácica e/ou abdominal, resultando em estase venosa e ruptura de pequenos vasos. A mortalidade é extremamente baixa e decorrente de hipoventilação. Atenção deve ser dada aos raros efeitos neurológicos, oftálmicos e otológicos, pois as sequelas podem levar a piora significativa na qualidade de vida desses pacientes.

## Referências

1. Ollivier D. Relation medicale des evenements surveus au Champ-de-Mars le 14 juin, 1837. Ann Hyg 1837; 18:485-9.
2. Ochoa-Jiménez R, Viquez-Beita K, Alvarado-Arce EM, Perthes' Syndrome Traumatic Asphyxia, Journal of Case Reports 2017;7(1):22-26
3. Choi YJ, Lee SJ, Kim HJ, et al. Bilateral retrobulbar hemorrhage and visual loss following traumatic asphyxia. Korean J Ophthalmol. 2010;24:380Y383.