

Introdução

O trauma torácico contuso pode ser fonte de inúmeras injúrias, sendo a lesão traqueobrônquica uma das mais raras e graves, com elevado índice de fatalidade. Com o aprimoramento do atendimento pré-hospitalar e a condução desses casos em centros de trauma especializados, a possibilidade de sucesso no diagnóstico e tratamento desses pacientes aumentou ao longo das últimas décadas.

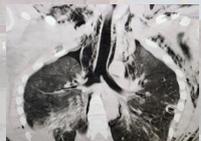


Figura 1. Lesão em brônquio direito visualizada na tomografia de tórax

Figura 2. Lesão com desconexão brônquio-carinal direita vista em broncoscopia

Relato de caso

Paciente de 31 anos, sexo feminino, admitida no Hospital João XXIII com relato de colisão moto x moto. Apresentava-se com discurso confuso e desorientado. Ao exame, via aérea livre e cervical imobilizada; taquipneica, com ausculta preservada e simétrica, saturando bem com oxigenoterapia a 10L/min em máscara facial; pulsos radiais cheios, taquicárdica, estável hemodinamicamente, abdome indolor e pelve estável; Glasgow 13, pupilas isofotorreativas; possuía escoriações superficiais na face e enfisema subcutâneo volumoso à esquerda.

Procedida propedêutica com radiografia de tórax, que demonstrava pneumotórax moderado bilateralmente. Ultrassonografia FAST não identificou líquido livre na cavidade. Optado pela drenagem torácica em selo d'água bilateral, notando-se escape aéreo volumoso e persistente à direita. Realizada TC de crânio, neuroeixo e tórax, sendo descartada lesão cerebral ou de neuroeixo. Identificada presença de pneumotórax bilateral com lesão de brônquio direito (figura 1).

Encaminhada ao bloco cirúrgico, submetida a broncoscopia que revelou trauma grave de via aérea principal com avulsão do brônquio direito (figura 2).

Em seguida, sob anestesia geral e intubação com tubo comum seletiva à esquerda, submetida toracotomia póstero-lateral direita. Identificada avulsão do brônquio direito em sua origem, sendo realizada anastomose brônquica com sutura contínua utilizando prolene 4-0, sem extravasamento de ar pela lesão ao fim do procedimento. Após o ato cirúrgico, foi encaminhada ao CTI com estabilidade hemodinâmica e proposta de extubação.

Discussão

Em traumas contusos, as lesões traqueobrônquicas são raras, correspondendo a 1-3% dos casos. Devido a sua gravidade dessas e a proximidade que elas guardam com estruturas vasculares nobres, a maioria dos pacientes evolui a óbito no ambiente pré-hospitalar. O quadro clínico é variável a depender da gravidade da lesão, podendo ser evidente à admissão ou se manifestar mais tardiamente. O sucesso no diagnóstico e no tratamento dessas lesões, portanto, exige alto índice de suspeição e atenção da equipe assistente para sinais e sintomas como enfisema subcutâneo progressivo, presença de enfisema mediastinal, persistência de padrão respiratório inadequado mesmo após drenagem de tórax, com manutenção de escape aéreo volumoso.

Ademais, a propedêutica tomográfica e a possibilidade de realizar broncoscopia em caráter de urgência, são poderosos aliados para confirmação diagnóstica e indicação cirúrgica para esses casos.

Bibliografia

1. Roberto Saad Jr, Golçalves R, Neto VD, et al. Lesões traqueobrônquicas no trauma torácico: experiência de 17 anos. Rev Col Bra Cir 2017; 44 (2): 194-201.
2. Chen R, Gabler HC. Risk of thoracic injury from direct steering wheel impact in frontal crashes. J Trauma Acute Care Surg 2014; 76:1441.