

Júlia Fazoli de Carvalho<sup>1</sup>; Natalia Viana<sup>1</sup>; Hilton Carlos Chicon Costalonga<sup>1</sup>; Julia Tinoco dos Santos Almeida<sup>1</sup>; Rodolfo Chierici Moulin<sup>1</sup>; Pedro Henrique Miranda Alvim<sup>1</sup>; Lucas Venturini Rezende Mendes Glória<sup>1</sup>; Márcio Cardoso Nogueira<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim – ES.

## INTRODUÇÃO

As lesões de traqueia e grandes brônquios são raras com incidência menor que 1% de todos os casos de trauma vistos e apresentam letalidade em torno de 30%, principalmente se diagnosticadas tardiamente. Apesar de diagnóstico precoce e abordagem cirúrgica adequada, o óbito pode ocorrer dentre 14-30% dos pacientes. A transecção completa da traqueia é ainda mais rara nas alas de emergência, pois costumam levar a vítima a óbito ainda no local do acidente. Quando chegam com vida ao setor, é necessário cirurgião do trauma experiente e equipe capacitada disponíveis para abordagem cirúrgica imediata. Neste relato, apresentamos caso de lesão traqueobrônquica extensa.

## RELATO DE CASO

AOS, masculino, 24 anos, admitido após queda de moto em via pública, com trauma torácico fechado e lesão por enforcamento por corrente metálica. Ao exame: vias aéreas pérvias, afasia, edema e enfisema subcutâneo cervical anterior, estável hemodinamicamente. Tomografia computadorizada (TC) cervical com laceração de 1,5x0,6cm acometendo porção posterolateral esquerda da traqueia em terço médio, à 1,8cm da prega vocal, com importante extravasamento de gás para tecidos moles cervicais. Encaminhado ao centro cirúrgico onde

observou-se lesão complexa de traqueia logo abaixo da cartilagem cricoide até a fúrcula esternal. Introduzido tubo traqueal 7.5 mm com queda da saturação sem causa aparente. Procedida toracotomia anterolateral revelando pulmão direito sem expansibilidade e lesão complexa do brônquio fonte direito maior que 75% do diâmetro lacerado, estendendo-se ao longo de seu trajeto, sem possibilidade de reparo, e sangramento intenso e ativo em hilo pulmonar. Realizado seletivação de tubo traqueal em brônquio fonte esquerdo com melhora da saturação, seguido de pneumectomia total direita, segundo o protocolo Definitive Surgical Trauma Care. Finalizado ato cirúrgico com lavagem da cavidade e hemostasia, toracostomia em hemitórax direito em triplo coletor e aspiração contínua. Encaminhado à unidade de terapia intensiva para seguimento. Após 5 dias de cuidados intensivos, paciente foi transferido para o serviço de referência em cirurgia torácica.

## DISCUSSÃO

Na abordagem inicial dos pacientes com trauma de traqueia é imprescindível o manejo correto das vias aéreas aderindo aos princípios do ATLS para que se obtenha bom desfecho clínico, evitando complicações severas. O manejo cirúrgico deve ser precoce e agressivo, evitando desfecho fatal. As lesões de traqueia cervical costumam ocorrer em sua maioria por traumas penetrantes, sendo raros em traumas fechados, que costumam acometer tra-

queia torácica. O diagnóstico precoce é auxiliado por exame clínico direcionado, que pode revelar enfisema subcutâneo e de mediastino principalmente, além de outros sinais inespecíficos, como dispneia, e exame de imagem, como TC. O tratamento inclui desbridamento e reparo primário das lesões. As ressecções pulmonares são alternativas quando presença de lesões vasculares e hemorragia intensa ou lesão completa de brônquio fonte.

**PALAVRAS CHAVE:** Lesão traqueobrônquica; Lesão pulmonar; Traumatismo cervico-torácico.



1. Achado intraoperatório de lesão complexa de brônquio fonte direito maior que 75% do diâmetro lacerado.
2. Pós operatório imedito com intubação traqueal seletiva após pneumectomia esquerda.