



# TAMPONAMENTO CARDÍACO E LESÃO ABDOMINAL EM VÍTIMA DE FERIMENTO POR ARMA BRANCA

Mariana Brasil Rabolini<sup>1</sup>; João Pedro Zortéa da Campo<sup>1</sup>; Luisa Fossati Chisté Florian<sup>1</sup>; Vitor Rech Ulrich<sup>1</sup>; Yuri Thomé Machado Petrillo<sup>2</sup>; Guilherme Pisoni Queiroz<sup>2</sup>; Roberta Rigo Dalcin<sup>3</sup>; Ricardo Breigeiron<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Acadêmicos da escola de Medicina, PUCRS; <sup>2</sup>Médico residente em cirurgia do trauma - HPS Porto Alegre; <sup>3</sup>Preceptor do programa de residência médica em cirurgia do trauma - HPS Porto Alegre.

## INTRODUÇÃO

A lesão cardíaca penetrante é pouco comum, com manifestações clínicas variáveis, porém grande letalidade associada. O trauma cardíaco pode levar à morte por tamponamento cardíaco ou exsanguinação, e a ressuscitação volêmica isolada tem um benefício limitado, por isso a grande importância do diagnóstico precoce e tratamento definitivo.

## RELATO DE CASO

Homem, 39 anos, vítima de ferida por arma branca em hemitórax esquerdo e flanco esquerdo, com evisceração de conteúdo intra-abdominal, foi transferido ao pronto-socorro e admitido na sala vermelha. Ao exame inicial: X) sem sangramentos externos; A) via aérea pérvia, sem colar cervical, com presença de turgência jugular; B) dispneico, SaO<sub>2</sub> 90% em ar ambiente, expansão torácica simétrica, com murmúrios vesiculares presentes bilateralmente, presença de crepitações em base esquerda e lesão de cerca de 5 cm no sexto espaço intercostal esquerdo; C) presença de pulso paradoxal, extremidades frias, enchimento capilar maior que 3 segundos, bulhas hipofonéticas, FC 110 bpm, PA 87/40, abdômen doloroso com defesa abdominal, pelve estável;

D) pupilas isofotorreagentes, Escala de Coma de Glasgow 14, mobilizando os 4 membros sem déficits; E) presença de evisceração abdominal e ferimento em tórax, sem deformidades de membros e dorso íntegro. Exames de imagem: ultrassonografia (E-FAST) com deslizamento pleural bilateral, derrame pericárdico com sinais de tamponamento cardíaco e colapso de ventrículo direito, sendo indicado pericardiocentese de urgência, com drenagem de 200 ml de líquido sanguinolento. Paciente foi levado ao bloco cirúrgico em protocolo vermelho, ainda instável hemodinamicamente, onde foi realizada esternolaparotomia xifopúbica. Foram identificadas lesões em ventrículo esquerdo, estômago (grau 2 transfixante), desserosamento de cólon transverso (grau 1) e hemopneumotórax à esquerda, com devida correção das lesões. Estava instável ao fim da cirurgia, hipotenso, hipotérmico e hipocorado, tendo recebido 3 concentrados de hemácias, 2 plasmas e 3 L de cristalóide, em uso de droga vasoativa em dose moderada. Foram mantidos drenos em tórax esquerdo e em mediastino anterior. Paciente evoluiu para melhora progressiva do quadro hemodinâmico, sem necessidade de novas intervenções.

## DISCUSSÃO

Em traumas torácicos ou abdominais superiores, deve-se sempre haver a suspeita de lesão cardíaca. A abordagem cirúrgica pode ser realizada por toracotomia anterolateral, ou por esternotomia, sendo esta última uma abordagem que permite ampla visualização do coração, sendo geralmente escolhida em casos em que há confirmação diagnóstica de hemopericárdio traumático, e quando é acessível ao cirurgião.



**Figura 1:** Imagem perioperatória de lesão penetrante no coração

**Palavras-chave:** ferimento por arma branca; tamponamento cardíaco; esternolaparotomia

### Referências:

- 1) Kang N, Hsee L, Rizoli S, Alison P. Penetrating cardiac injury: overcoming the limits set by Nature. *Injury*. 2009;40(9):919-927. doi:10.1016/j.injury.2008.12.008
- 2) Chang B, Tucker WD, Burns B. Thoracotomy. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; July 31, 2021.
- 3) Reser D, Caliskan E, Tolboom H, Guidotti A, Maisano F. Median sternotomy. *Multimed Man Cardiothorac Surg*. 2015;2015:mmv017. Published 2015 Jul 17. doi:10.1093/mmcts/mmvm017