

TRAUMA PENETRANTE POR ARMA BRANCA EM REGIÃO CERVICAL: UM RELATO DE CASO DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO DO RIO GRANDE DO SUL

Angela Patricia de las Mercedes Tascon Bedoya¹, Bruna Polanski Costa¹, Francine Burtet Bondan¹, Katiellie Medianeira da Rosa Michelin¹, Marília Antunes de Oliveira¹, Mariusi Glasenapp dos Santos¹, Heloísa Augusta Castralli¹, Luiza Salatino¹

¹Hospital Universitário de Santa Maria – Santa Maria (RS). Contato: atasconbedoya@gmail.com

INTRODUÇÃO

Trauma penetrante cervical é responsável por 5-10% das internações por trauma. O pescoço contém estruturas vitais, e é dividido em zonas, conforme seus componentes, possíveis lesões e tratamento. A Zona II é acometida em até 80% dos casos e contém a maior quantidade de estruturas nobres, resultando em maior risco de morbimortalidade.

RELATO DE CASO

D.A.S de 70 anos, encaminhado por ferimento por arma branca (FAB) em região cervical com exposição da via aérea e escoriações em face, posicionada cânula de traqueostomia e transferido. Na avaliação inicial apresentava-se estável, ventilando espontaneamente sem esforço e com ferimento em Zona II. Realizadas TC pescoço: extenso enfisema subcutâneo que se estende para espaços carotídeo, parafaríngeos e mastigatório bilateralmente, associado a conteúdo de densidade hemática estendendo-se da supraglote/hipofaringe para espaços paraglóticos bilateralmente, sem sinais de extravasamento de meio de contraste endovenoso; cartilagens cricoide e tireoide íntegras; carótidas principais e seus ramos com calibre usuais; e TC de crânio e tórax sem achados relevantes.

Conduta cirúrgica com achados de lesão cortante entre o osso hioide e cartilagem tireoide seccionando ao nível de supraglote e hipofaringe, realizada ligadura de jugular externa esquerda, traqueostomia em 3º anel traqueal e passagem de SNE por visualização direta, reposicionamento da base da epiglote suturando-a à cartilagem tireoide, reconstrução das paredes laterais da hipofaringe, aproximação dos músculos infrahioideos, posicionamento de drenos de penrose, sutura do platíma e da pele.

No D4 foi desinsuflado o balonete e no D5 apresenta aumento da secreção pela TQT e persistência de leucocitose, iniciado ampicilina-sulbactam empiricamente até resultado de cultura de secreção traqueal e

hemoculturas negativas; no D10 foi colocada cânula metálica e avaliação da deglutição com blue dye test, suspeitando de aspiração foi realizada avaliação nasofibrolaringoscópica da deglutição, evidenciando-se epiglote em posição anatômica adequada com paralisia e adequada mobilidade das cordas vocais, foi decidido manter cânula metálica, intensificação da terapia fonoaudiológica e adaptação da deglutição para conseguir elevação da epiglote ao deglutir, recebeu alta com ditas orientações e em uso de traqueostomia e fala preservada.

DISCUSSÃO

Trauma cervical, fechado e penetrante, apresenta uma alta frequência e alta morbimortalidade, sendo assim o cirurgião deve estar preparado para o tratamento destas lesões. O desafio que traz este caso foi a seqüela de paralisia da epiglote mesmo após cirurgia sem complicações, sobre isto temos pouca informação na literatura sendo o tratamento proposto como se faz em seqüelas de outras doenças ou tratamentos como a radioterapia, onde o foco é lograr o movimento do hioide e elevação da laringe, tais como exercício de força da língua, deglutição com esforço e manobra de Mendelsohn e finalmente cirurgia para avanço e elevação da laringe em casos selecionado

*Palavras Chave: trauma cervical penetrante, trauma supraglótico, lesão de epiglote



Lesão até parede posterior da hipofaringe