

FERIMENTOS TÓRACO – ABDOMINAIS: PROPOSTA DE TÁTICA PARA ABORDAGEM CIRÚRGICA – COMUNICAÇÃO

Adoniram de Mauro FIGUEIREDO *
Euclides Fontegno MARQUES **
Eduardo Moraes Barros KYRILLOS ***
Márcio Perez RIBEIRO ***

A COLOCAÇÃO DO PROBLEMA

Na prática cirúrgica de urgência, os traumatismos tóraco-abdominais com suspeita de ferimentos diafragmáticos poderão constituir-se em situações diante das quais, muitas vezes, o cirurgião de pronto socorro se defrontará com dúvidas quanto à melhor maneira de conduzir o caso, de forma a obter real benefício para o doente. Obviamente não nos referimos àquelas situações em que o traumatismo condiciona o aparecimento de lesão diafragmática evidenciável, quer clínica, quer radiologicamente. Não nos referimos também àquelas outras situações em que o ferimento do diafragma é achado operatório, tendo sido outra lesão a causa da indicação cirúrgica, geralmente mais urgente como, por exemplo, grave hemorragia aguda.

O problema poderá surgir quando, diante de um ferimento penetrante, seja abdominal, seja torácico, existe suspeita de ferimento diafragmático, sem que se possa, entretanto, firmar o diagnóstico dessa lesão, de maneira clara e precisa, ou por meios clínicos, ou por meios radiológicos.

Sabemos que na vida civil o diafragma poderá ser sede de ferimentos nem sempre obrigatoriamente grandes e, na dependência da gravidade da lesão, esta poderá permanecer assintomática durante bastante tempo após a sua instalação. Muitas vezes poderá ocorrer encarceramento e necrose de víscera abdominal eviscerada para o tórax, como primeira e tardia manifestação clínica do processo, uma vez passada a fase aguda pós-traumatismo.

Na prática diária de pronto socorro, ao atender doentes com ferimentos penetrantes o cirurgião costuma determinar o trajeto presumível do agente vulnerante. Nos casos em que existe ferimento por projétil de arma de fogo, essa trajetória imaginária poderá ser determinada pelos locais dos orifícios de entrada e de saída, ou pelo local do orifício de entrada associado à localização radiológica do projétil. Nos ferimentos provocados por outros agentes, que não projéteis de arma de fogo, o problema da determinação da trajetória poderá se tornar mais complexo e obscuro, visto que nestas condições apenas é conhecido o local do ferimento de entrada, enquanto que o cirurgião ignora, com frequência, o comprimento, o sentido do trajeto e a violência do objeto agressor.

Ou, admite-se que a cúpula diafragmática poderá estar à altura do 4º arco costal quando em situação de expiração máxima e à altura do 6º arco costal, quando em inspiração máxima.

Muitas vezes, ao ser determinada a trajetória do agente vulnerante, verifica-se que ela passa exatamente por essa área “perigosa”, condicionando, consequente-

mente, a possibilidade de existência de lesão diafragmática.

Outras ocasiões existem em que há indicação de laparotomia de urgência por ferimento abdominal penetrante, circunstancialmente suspeito de ser potencialmente lesivo ao diafragma, mas sem outras lesões torácicas que justifiquem toracotomia ampla de emergência.

Nesta situação o cirurgião se defronta com o problema de abordagem cirúrgica, pois ou receia contribuir para a contaminação do tórax no caso de proceder inicialmente à laparotomia e encontrar lesão visceral associada à lesão diafragmática, ou receia submeter o doente a uma ampla toracotomia e correr o risco de não encontrar lesão do diafragma.

Ainda poderíamos acrescentar a circunstância em que cirurgiões menos experientes, mas nem por isso menos afoitos, submetem o doente a uma tóraco-laparotomia “ab initio”, para eventualmente descobrirem lesões diafragmáticas seguramente menos graves do que o trauma cirúrgico provocado pela própria via de acesso.

AS BASES DA PROPOSIÇÃO

Marques e cols. (2) e Kyrillos e cols. (1) propuseram e adotaram, respectivamente, a chamada MICROTORACOTOMIA para tratamento de hemotórax traumático, em que afastadas as indicações de toracotomia ampla, e após punção esvaziadora de hemitórax comprometido, caso o estudo radiológico não revelasse expansão total do pulmão, praticou-se uma pequena toracotomia (5 cm) com retirada de fragmento da 5ª costela, sob anestesia geral e com respiração controlada. Essa incisão permitiu a retirada de coágulos sanguíneos do tórax, a seguir drenado por contra abertura no 8º espaço inter-costal.

Essa técnica permitiu o esvaziamento total do tórax e, quando necessário, permitiu a ampliação da via de acesso para toracotomia ampla, a fim de corrigir lesões intratorácicas maiores, que não haviam sido reveladas nos exames pré-operatórios.

A TÁTICA PROPOSTA

Nos doentes com ferimento penetrante e em que há suspeita de lesão diafragmática, com indicação de exploração cirúrgica

a) do abdome – afastada hemorragia aguda intra ou extraperitoneal

b) do tórax – afastadas as indicações clássicas de toracotomia ampla imediata

ou em casos de ferimentos tóraco-abdominais, guardadas as ressalvas acima apontadas para os itens **a e b**, propõe-se adotar o procedimento tático exposto a seguir:

1- sob anestesia geral e com respiração controlada procede-se a uma pequena toracotomia (5cm) com retirada de um fragmento da 7ª costela;

* Professor Assistente do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da FUABC. Cirurgião Titular por Concurso do Pronto Socorro Municipal de São Paulo. Chefe de Equipe do Pronto Socorro do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo.

** Professor Assistente Doutor da Faculdade de Medicina da USP.

Chefe da Equipe do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

*** Médico formado pela Fac. Med. FUABC. Cirurgião do Pronto Socorro Municipal de São Paulo.

2- através dessa incisão inspeciona-se a cavidade torácica e se detecta a presença de ferimento diafragmático que poderá ser tratado;

3- se houver necessidade poderá ser ampliada a via de acesso, para toracotomia ampla;

4- drenagem do tórax por contra abertura com dreno tubular de polivinil 3/8" multiperfurado.

Se houver indicação de laparotomia exploradora esta deverá ser levada a efeito após a realização da microtoracotomia.

Esse procedimento permitirá a verificação e correção de lesões diafragmáticas nem sempre evidenciadas durante o período pré-operatório, não apresentando as desvantagens da toracotomia ampla, como extensão de tecido lesado, perda sanguínea, dor, morbidade, etc.

Se houver necessidade, a microtoracotomia poderá ser ampliada, enquanto que, se não houver lesão diafrag-

mática consegue-se demonstrar com certeza a ausência de lesão sem agravar, com isso, de maneira acentuada, o trauma cirúrgico ao qual deverá ser submetido o doente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. KYRILLOS, E.M.B.; MARQUES, E.F.; RIBEIRO, M.P.; FIGUEIREDO, A.M.; PASTORE, C.A.; FLAQUER, F. & DE PAULA, W. Tratamento cirúrgico do hemórax coagulado. Nova técnica. Comunicação ao Congresso Internacional de Cirurgia de Urgência - Pan e Latino-Americano, 1º, Argentino, 2º Mendoza, Argentina, 1977.
2. MARQUES, E.F.; FIGUEIREDO, A.M.; KYRILLOS, E.M.B.; RIBEIRO, M.P. & DE PAULA, W. Tratamento de hemotórax traumático mediante microtoracotomia. Comunicação ao Congresso Brasileiro de Pneumologia e Tisiologia, 2º.s.l. 1976 & Jornada Internacional de Pneumologia, 3º.s.l. 1976.

Recebido para publicação em 20-4-1979.
Aprovado para publicação em 23-4-1979.

Endereço para correspondência:
Adoniram de Mauro Figueiredo
Rua Japão, 63 - apto. 12
04530 - São Paulo - SP.