

HEMOPNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO

ADONIRAM DE MAURO FIGUEIREDO *

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Pneumotórax é o nome com que se designa toda massa de ar ou de gás, no interior da cavidade pleural. Sua importância dependerá, em parte, do volume de ar penetrado e, em parte, da liberdade da cavidade pleural ou de aderências que limitem sua expansão.

Quanto à extensão, distinguem-se: *pneumotórax total, parcial ou sacular*.

Quanto ao seu aparecimento, classificam-se as seguintes formas: a) *pneumotórax traumático* (aberto ou fechado); b) *pneumotórax artificial* (estabelecido como indicação terapêutica); c) *pneumotórax sintomático* (que aparece como complicação de diferentes moléstias); d) *pneumotórax idiopático ou simples ou benigno (não tuberculoso) ou espontâneo* (que se desenvolve numa pessoa aparentemente sã).

A hemorragia para o interior de uma ou de ambas as cavidades pleurais recebe o nome de *hemotórax*, e pode-se constituir em complicação de outra enfermidade ou ser, por si própria, a moléstia fundamental. Quando se trata de um traumatismo torácico, o hemotórax costuma aparecer associado ao pneumotórax. Esta associação recebe o nome de *hemopneumotórax*.

PNEUMOTÓRAX (HEMOPNEUMOTÓRAX) ESPONTÂNEO IDIOPÁTICO

Conhecido desde há muito (*Itard*, 1803), passou a merecer maior atenção dos estudiosos do assunto, com o gradativo desenvolvimento da cirurgia torácica. Este quadro patológico apresenta curiosa tendência a recidivas, inclusive do lado oposto.

Atualmente, graças aos dados fornecidos pela radiologia, pela toracoscopia, por autópsias e por intervenções cirúrgicas, já se tem uma idéia mais concreta a respeito de sua etiologia.

O hemopneumotórax espontâneo se desenvolve pela ruptura de bôlhas subpleurais, de tamanho variável, e cuja gênese é explicada por mais de uma

Trabalho executado no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Diretor: Prof. Waldomiro de Paula.

* Médico residente pela 1.ª Clínica Cirúrgica Prof. Alípio Correia Netto) do H. C. da F.M.U.S.P.

causa. Assim, segundo alguns autores, seriam bôlhas cicatriciais devidas a infecções específicas ou inespecíficas. Neste caso, representam um papel importante as aderências existentes na periferia. Outra possibilidade é a ruptura de bôlhas enfisematosas do pulmão.

Ainda se deve ter em conta a presença de alterações congênitas, como por exemplo, a ruptura de uma formação cística congênita de origem brônquica.

A tendência à recidiva se explica pela disposição múltipla e eventualmente bilateral dessas bôlhas.

O quadro patológico pode-se iniciar súbitamente, logo após um acesso de tosse, de riso ou um esforço físico. Aparece intensa dor torácica inicial, em punhalada, acompanhada de dispnéia crescente.

Torna-se interessante assinalar que até êsse momento, o paciente vinha apresentando plena saúde. Tal fato sugere o diagnóstico diante de um acesso dispnéico de início abrupto.

Entretanto, o aparecimento do hemopneumotórax espontâneo também pode ser lento, apresentando-se no decorrer de uma atividade plenamente fisiológica. Em alguns casos, pode simular um infarto coronário, ou um quadro de abdome superior.

Costuma aparecer, com freqüência, em homens jovens, geralmente na segunda ou terceira décadas de vida.

De acôrdo com o quadro clínico, pode ser estabelecida a seguinte divisão dos pneumotórax espontâneos: a) *pneumotórax unilateral* (único, geralmente sem conseqüências); b) *pneumotórax bilateral* (que põe em perigo a vida do paciente); c) *pneumotórax recidivante* (geralmente de evolução rápida, embora possa persistir durante meses); d) *pneumotórax persistente crônico* (de difícil remissão); e) *hemopneumotórax* (que pode dar lugar a outras complicações, como aderências, piopneumotórax, etc.).

PROGNÓSTICO E TRATAMENTO

O prognóstico, mais ou menos favorável, depende da presença ou ausência de complicações; 20% dos casos evolui sem complicações.

No hemopneumotórax espontâneo, ao se estabelecer o tratamento, deve-se ter em conta o fator hemorragia. Se as medidas conservadoras são insuficientes, estará indicada uma toracotomia de urgência, para proceder ao fechamento da fístula e a uma hemostasia cirúrgica.

Costuma-se indicar, também, o estabelecimento de aderências pleurais mediante o uso de talco, glicose a 50%, azeite de parafina, etc.

As medidas conservadoras, acima citadas, seriam a punção esvaziadora e a drenagem do tórax, com ou sem aspiração contínua.

UM CASO DE HEMOPNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO

R. T. — Reg. P. S. 11143 — 21 anos — masculino — solteiro — brasileiro — branco — vendedor — São Paulo — Entrada em 12/2/65, com a seguinte

H. M. A.: Em novembro de 1964, teve aparecimento súbito de dor no hemitórax direito e dispnéia. Procurou o H. C. nessa ocasião, quando foi feita punção torácica com a saída de mais ou menos 1200 ml de sangue vivo. Há um mês e meio fez novo esvaziamento com saída de 1500 ml de líquido vermelho-claro. Hoje (12/2/65, súbitamente, sentiu dor torácica retro-esternal e precordial, acompanhada de dispnéia. Ao exame físico apresentava os seguintes dados de importância; P. A.: 10×7 ; pulso: 80; F. R.: 24; diminuição da expansibilidade na base esquerda; timpanismo à percussão esquerda; diminuição do murmúrio vesicular e do frêmito tóraco-vocal na base esquerda.



Fig. 1



Fig. 2

A radiografia do tórax revelou hemopneumotórax esquerdo com desvio de traquéia (fotos 1, 2 e 3).

No hemitórax direito auscultada dentro do normal. Recebeu sangue e foi indicada a drenagem do tórax (foto 4). Após mais ou menos 14 horas de drenagem já havia perdido aproximadamente 1200 ml de sangue pelo dreno. O

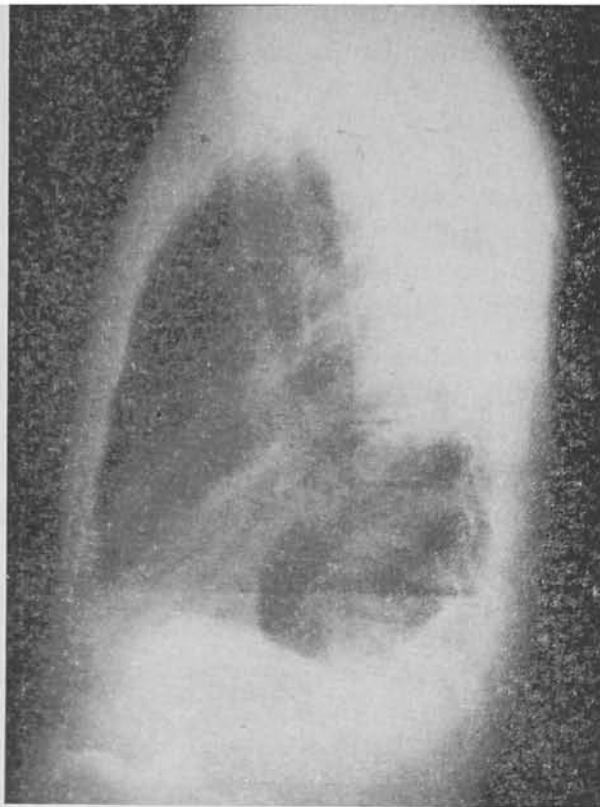


Fig. 3



Fig. 4

tempo de coagulação foi determinado, e se revelou igual a 3 minutos e 10 segundos.

Foi indicada, então, toracotomia de urgência. Incisão no 5.º EIE. À inspeção da cavidade pleural esquerda, notou-se a presença de mais ou menos 100 ml de sangue e um grande coágulo comprimindo o lobo inferior do pulmão, que apresentava área de atelectasia correspondente ao tamanho do lobo.

Após limpeza da cavidade, procedeu-se à inspeção do pulmão, buscando a visibilização do ponto de sangramento. Foi encontrada uma zona com pequenas bôlhas de enfisema e ponto de sangramento apical do lobo superior; Também na parede, em ponto correspondente à zona de sangramento do pulmão foi localizado ponto sangrante.

Foi feita hemostasia, drenagem no hemitórax esquerdo com dreno de polivinil no 5.º EIE e colocação de talco sôbre a superfície pleural, principalmente no lobo superior; após a expansão pulmonar foi feito fechamento da cavidade (foto 5).



Fig. 5



Fig. 6

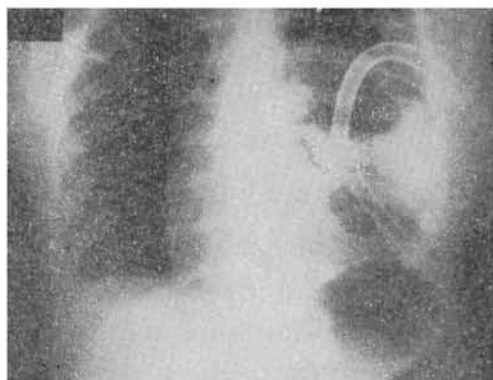


Fig. 7

Após 21 horas da operação, havia ainda suspeita clínica de pneumotórax. Feita a radiografia (foto 6), esta confirmou os dados semiológicos, e o paciente teve o tórax drenado no 2.º EIE, LHCE, com dreno de Pezzer n.º 38 (foto 7). Passou a ser mantida aspiração contínua.

No 2.º PO (15/2) apresentava nítida diminuição do murmúrio vesicular à esquerda, sendo mantido com aspiração contínua.

No 3.º PO (16/2) teve hipertermia de 38,4°C; continuou com abafamento do murmúrio vesicular à esquerda, pelo que foi mantida aspiração contínua no 2.º EIE. Como o dreno do 5.º EIE tivesse dado vazão apenas a pequena quantidade de líquido seroso, foi retirada a aspiração por êsse dreno. Radiologicamente, o quadro se apresentava praticamente inalterado (foto 8).

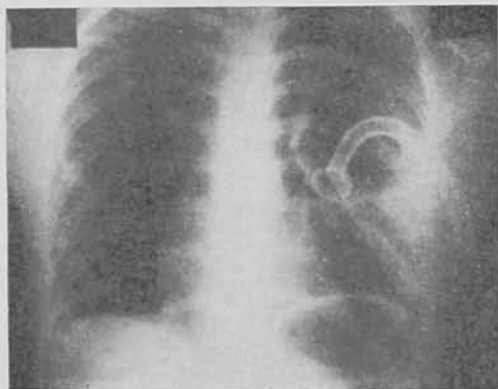


Fig. 8



Fig. 9

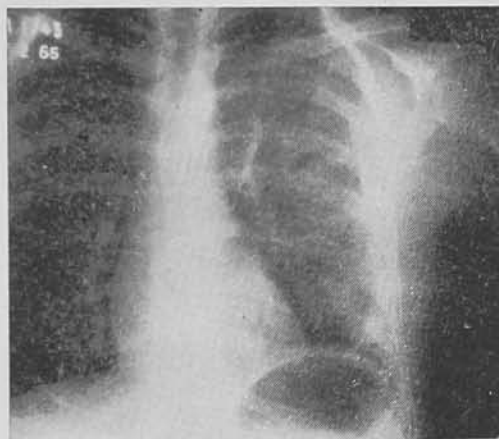


Fig. 10

No 4.º PO (17/2) o paciente estava febril, eupnéico, com diminuição do murmúrio vesicular à esquerda, e o dreno no 2.º EIE oscilava pouco. Não borbulhava com a tosse e nem mesmo com aspiração contínua ligada. Nestas condições, foram retirados ambos os drenos, porém o Rx de contróle mostrou que o pneumotórax se havia refeito (foto 9).

Foi feita, então, nova drenagem no 2.º EIE e mantida aspiração contínua com 30 cm de água (aparelho Gomco) (foto 10).

No 5.º PO (18/2) drenou pequena quantidade de material sanguinolento e ainda apresentava abafamento do murmúrio vesicular à esquerda. Pressão de aspiração: 30 cm de água.

A radiografia revelou diminuição acentuada do pneumotórax (foto 11).

No 6.º e 7.º PO (19 e 20/2) a água do frasco de drenagem permaneceu límpida, não havia borbulhamento, e houve acentuada melhora semiológica; o abafamento do murmúrio vesicular tornou-se muito discreto.

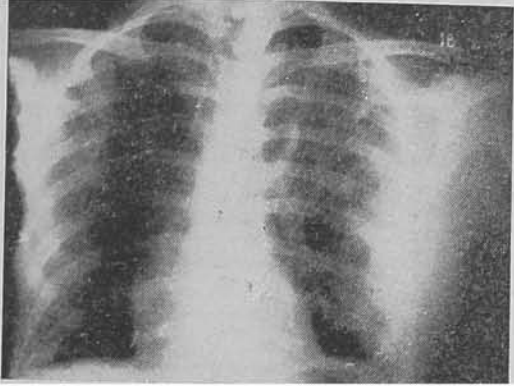


Fig. 11

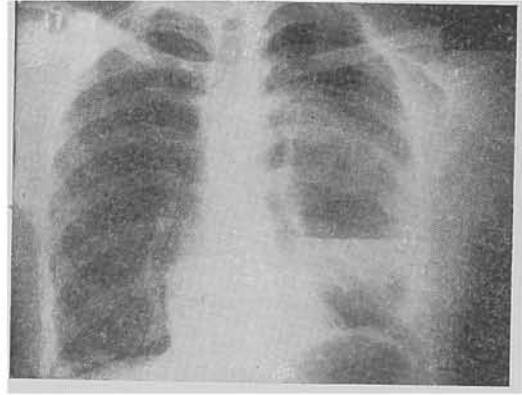


Fig. 12

Os pontos foram retirados, alternadamente, no 7.º PO. No 8.º PO (21/2) semiologicamente apresentava boa expansibilidade em ambos os hemitórax. Temperatura: 37,2°C. Foi suspensa a aspiração contínua. A radiografia do tórax apresentou pneumotórax residual, localizado no ápice esquerdo. Sacado o dreno (foto 12). No 9.º PO (22/2), teve alta, em boas condições, eupnéico, afebril, com boa expansibilidade pulmonar.