

Para o Sr. Dr. Aires Duarte com a maior consideração
e amizade
A
Fernando Andrade

SEPARATA DO «JORNAL DO MÉDICO»
XCV (1765): 185-189, Outubro, 1977

Das possibilidades actuais dos hospitais distritais

A propósito de dois casos clínicos: rotura traumática
do diafragma e perfuração cardíaca por arma branca

FERNANDO ANDRADE

Especialista de Cirurgia do Hospital Distrital de Barcelos

1.º CASO CLÍNICO

A.L.C.C. (registo n.º 1 555), sexo masculino, de 26 anos de idade, natural e residente em Barcelos, deu entrada no Serviço de Urgência do Hospital de S. Marcos — Braga, no dia 23/3/76 por ter sido vítima de acidente de viação. No dia 29 do referido mês teve alta (por transferência), tendo dado entrada no Hospital Distrital de Barcelos nesse mesmo dia, acompanhado do seguinte relatório médico: «doente politraumatizado, apresentando fractura dos ossos do antebraço e perna esquerda, contusão torácica com paralisia do hemidiafragma esquerdo. Imobilização das fracturas». Foi internado no Serviço de Ortopedia tendo sido submetido a osteossíntese do antebraço esquerdo e manobra de redução da fractura óssea da perna esquerda, sob anestesia geral, no dia 7/4/76.



16.26-089(04)
ND

MUNICIPIO DE BARCELOS

BIBLIOTECA MUNICIPAL

Nº 64168

Barcelosiana

Para o 1.º Senhor Dr. Aires Duarte com a maior consideração
e amizade
F. Andrade

SEPARATA DO «JORNAL DO MÉDICO»
XCV (1765): 185-189, Outubro, 1977

Das possibilidades actuais dos hospitais distritais

A propósito de dois casos clínicos: rotura traumática
do diafragma e perfuração cardíaca por arma branca

FERNANDO ANDRADE

Especialista de Cirurgia do Hospital Distrital de Barcelos

1.º CASO CLÍNICO

A.L.C.C. (registo n.º 1 555), sexo masculino, de 26 anos de idade, natural e residente em Barcelos, deu entrada no Serviço de Urgência do Hospital de S. Marcos — Braga, no dia 23/3/76 por ter sido vítima de acidente de viação. No dia 29 do referido mês teve alta (por transferência), tendo dado entrada no Hospital Distrital de Barcelos nesse mesmo dia, acompanhado do seguinte relatório médico: «doente politraumatizado, apresentando fractura dos ossos do antebraço e perna esquerda, contusão torácica com paralisia do hemidiafragma esquerdo. Imobilização das fracturas». Foi internado no Serviço de Ortopedia tendo sido submetido a osteossíntese do antebraço esquerdo e manipulação da fractura óssea da perna esquerda, sob anestesia geral, no dia 7/4/76.

MUNICIPIO DE BARCELLOS

BIBLIOTECA MUNICIPAL

Nº

64168

Barcelos

No dia imediato foi solicitada a nossa presença para observação do doente, que referia dores violentas na região periumbilical, com o tipo de cólica. Ao exame objectivo verificámos: doente agitado, com dispneia, e a palpação abdominal despertava dor no hipocôndrio esquerdo, com um certo grau de defesa e contractura muscular dessa região. À auscultação pulmonar verificámos ausência de murmúrio vesicular no hemitórax esquerdo. Tensão arterial: 12/9 cm Hg; pulso radial: 90 p.p.m.; temperatura axilar: 36°,5.

Imediatamente submetemos o doente a exame radiográfico abdominal simples (Fig. 1) e com contraste esogástrico, que confirmou a suspeita clínica de rotura do hemidiafragma esquerdo, pelo aparecimento do estômago contrastado em posição intratorácica (Fig. 2).

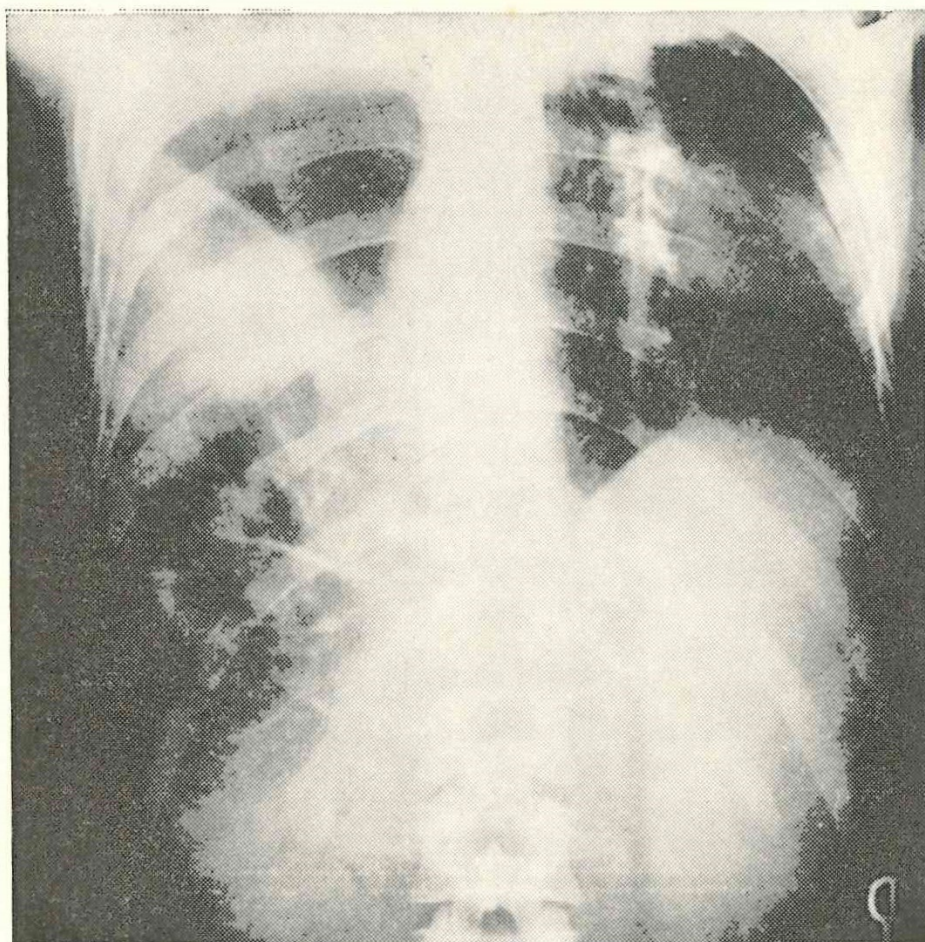


Fig. 1

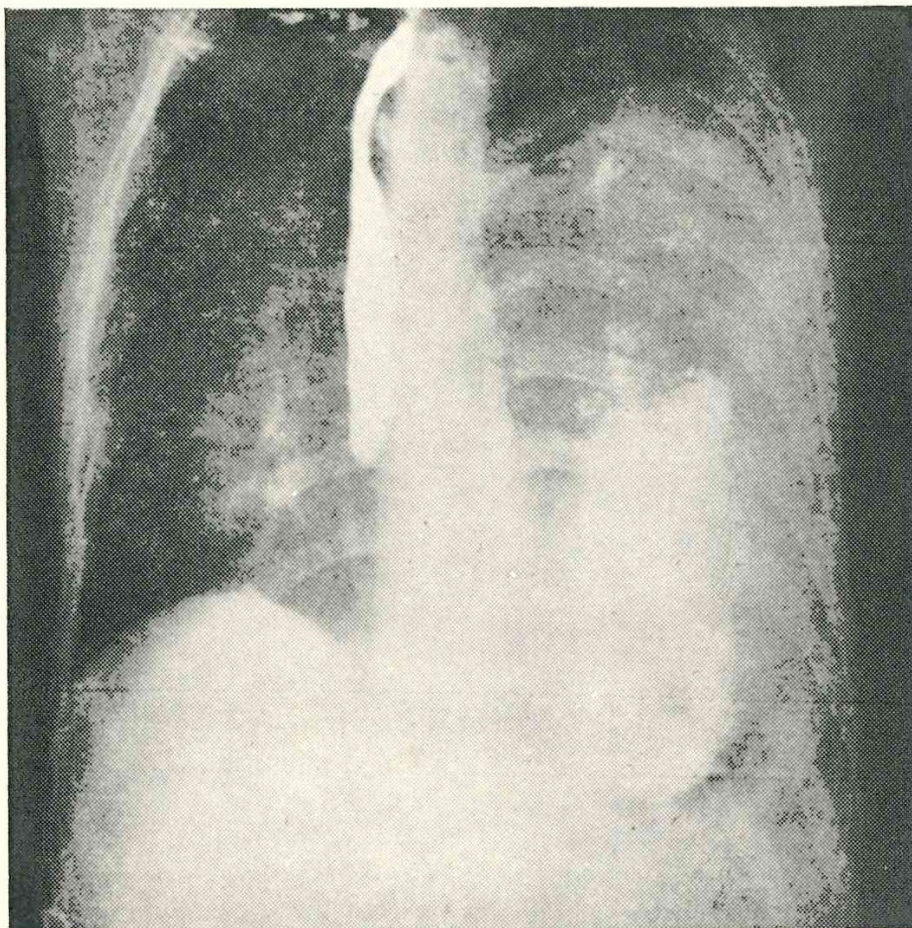


Fig. 2

Protocolo operatório

Incisão paramediana esquerda, supra e infra-umbilical; ausência de hemoperitoneu; integridade hepática e esplênica. Constatação de laceração do diafragma esquerdo com cerca de 20 centímetros de extensão, que se orientava no sentido transversal, iniciando-se junto do pericárdio e da terminação diafragmática do nervo frênico e estendendo-se quase até à inserção costal.

Através desta ferida, penetraram na cavidade pleural, praticamente todo o estômago e cólon transversos.

Mobilizando levemente estas vísceras, foi possível a sua reintrodução na cavidade abdominal, depois de verificada a sua integridade.

Em seguida, procedeu-se à reparação da lesão diafragmática, pela sutura com pontos de seda (3) em U, reforçada com pontos simples de seda (000).

Drenagem do hemitórax esquerdo.

Sutura de ferida abdominal, por planos.

Protocolo anestésico

Medicação pré-anestésica: D.H.B.P. (5 mg), atropina (0,5 mg).

Indução: Pentotal, protóxido de azoto e oxigénio.

Manutenção: *Pavulon*, *Fentanest*, protóxido de azoto e oxigénio.

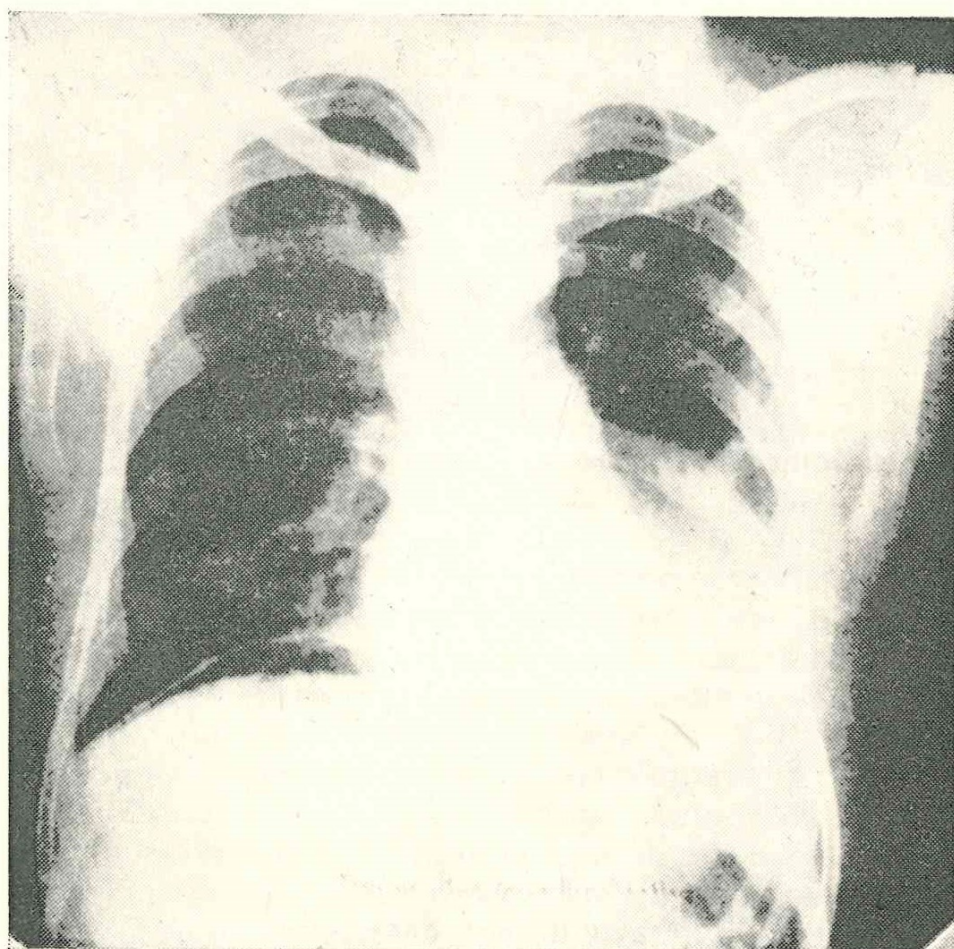


Fig. 3

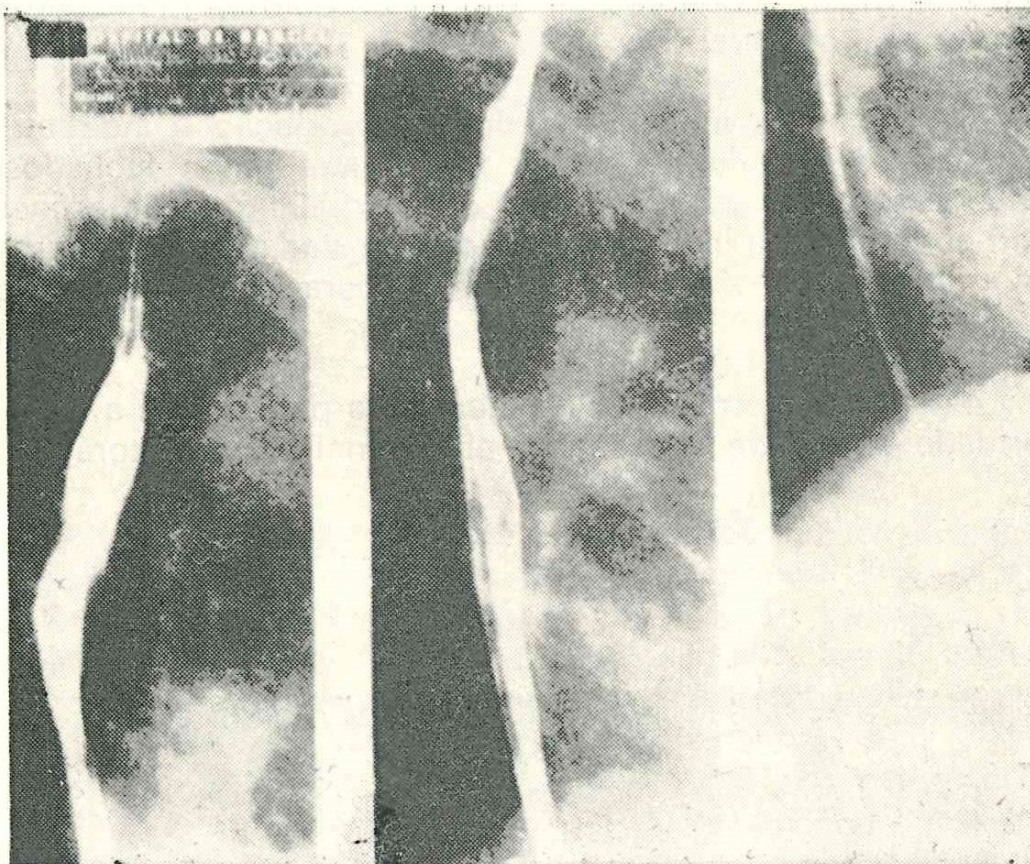


Fig. 4

O pós-operatório decorreu sem qualquer incidente, tendo o doente alta hospitalar no dia 24/4/76. Tem continuado sob observação na consulta externa deste Hospital; e no último exame de revisão, efectuado um ano depois da intervenção, não se observam quaisquer sequelas (Figs. 3, 4 e 5).

Comentários

1 — Uma chamada de atenção para a possibilidade das roturas diafragmáticas nos traumatismos tóraco-abdominais fechados. Em sete anos de serviço neste Hospital Distrital e tendo observado muitos politraumatizados que acorreram ao Serviço de Urgência, foi o 1.º caso detectado.

2 — Maior proporção de roturas do diafragma esquerdo em relação ao direito.

3 — Como o mecanismo da sua produção é indirecto, o que aliás sucede em todos os traumatismos fechados, e que parece relacionar-se com o desequilíbrio de pressões intra-abdominais e intratorácicas, a favor das primeiras, surge em maior número de lesões das vísceras abdominais do que torácicas.

4 — Outro pormenor a realçar nesta patologia é a superioridade da via de abordagem abdominal sobre a torácica,

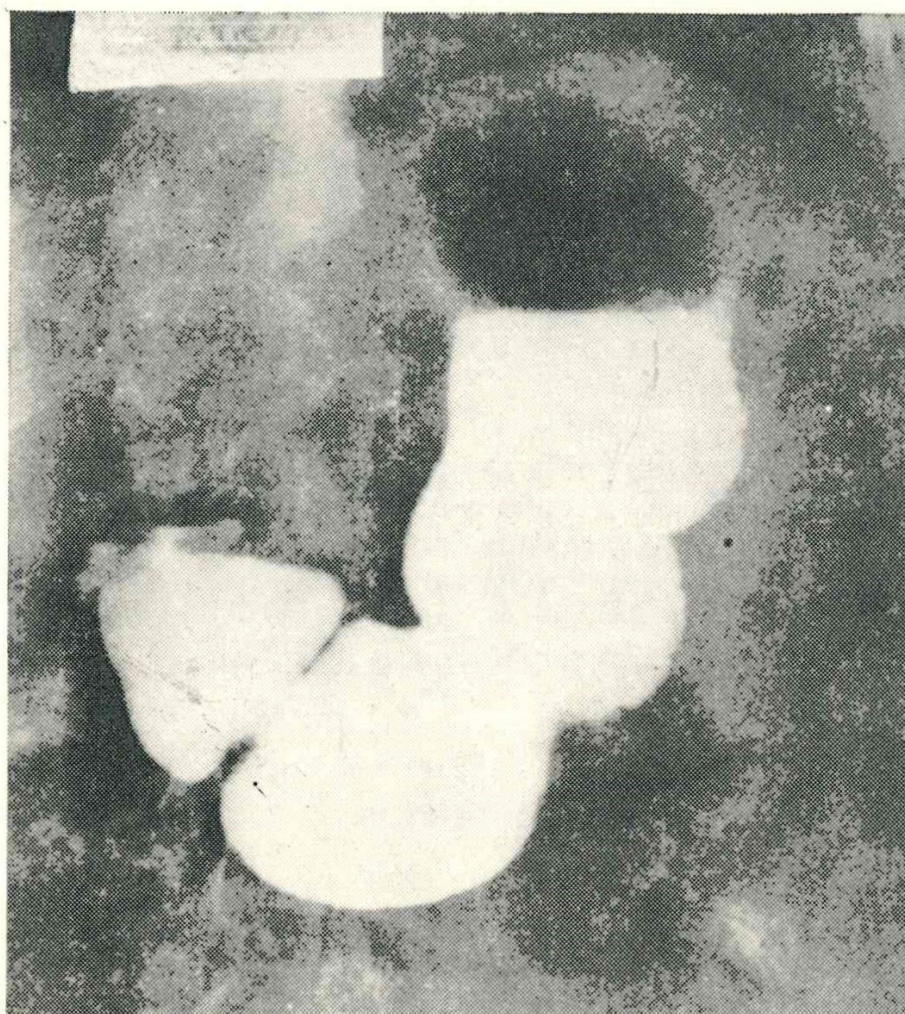


Fig. 5

na correcção das feridas do diafragma, exactamente pela frequência de lesões associadas das vísceras abdominais, e ainda porque a via torácica agrava os problemas de hematose de que o doente já é portador. Assim, a dificuldade dos movimentos pulmonares facilita o progressivo entupimento brônquico por acumulação de secreções com consequente hipoxia e hipercapnia.

2.º CASO CLÍNICO

J.S.A. (processo n.º 3 586), sexo masculino, de 41 anos de idade, natural e residente em Barcelos, deu entrada no Serviço de Urgência do Hospital Distrital de Barcelos, no dia 24/10/75, pelas 18 horas. Apresentava ferida incisa localizada no 2.º espaço intercostal esquerdo, com cerca de 3 centímetros de extensão, e distando cerca de 5 centímetros do esterno, de bordos regulares e provocada por agressão (arma branca). Ao exame objectivo verificava-se: palidez acentuada, agitação, pulso filiforme e incontável, hipotensão arterial (9,4 cm Hg), sudação abundante, arrefecimento das extremidades. Sons cardíacos ensurdecidos e ausência de murmúrio vesicular na base do hemitórax esquerdo. Turgescência das jugulares. Enfisema subcutâneo do hemitórax esquerdo.

Foi imediatamente enviado para o Bloco Operatório, onde foi submetido a exame radiográfico do tórax (Fig. 6), que mostrou aumento da área cardíaca e derrame pleural do hemitórax esquerdo.

Em seguida foi submetido a :

- desbridamento da safena interna direita e cateterismo venoso dos membros superiores direito e esquerdo ;
- algaliação ;
- ventilação adequada, sob orientação do anestesista ;
- transfusão sanguínea ;
- administração de expansor plasmático (dextrano de peso molecular = 40 000) ;
- administração de soro bicarbonatado, atropina e hidro cortisona.

Como a situação clínica se agravasse, apesar da prontidão e rapidez de execução das medidas acima citadas, foi diagnosticado tamponamento cardíaco por ferida cardíaca, pelo que foi imediatamente decidida a intervenção cirúrgica.

Protocolo operatório

Toracotomia ântero-lateral esquerda pelo 5.º espaço intercostal. Volumoso hemotórax. Abertura do pericárdio: abundante hemopericárdio; ferida incisa transfixiva do mio-

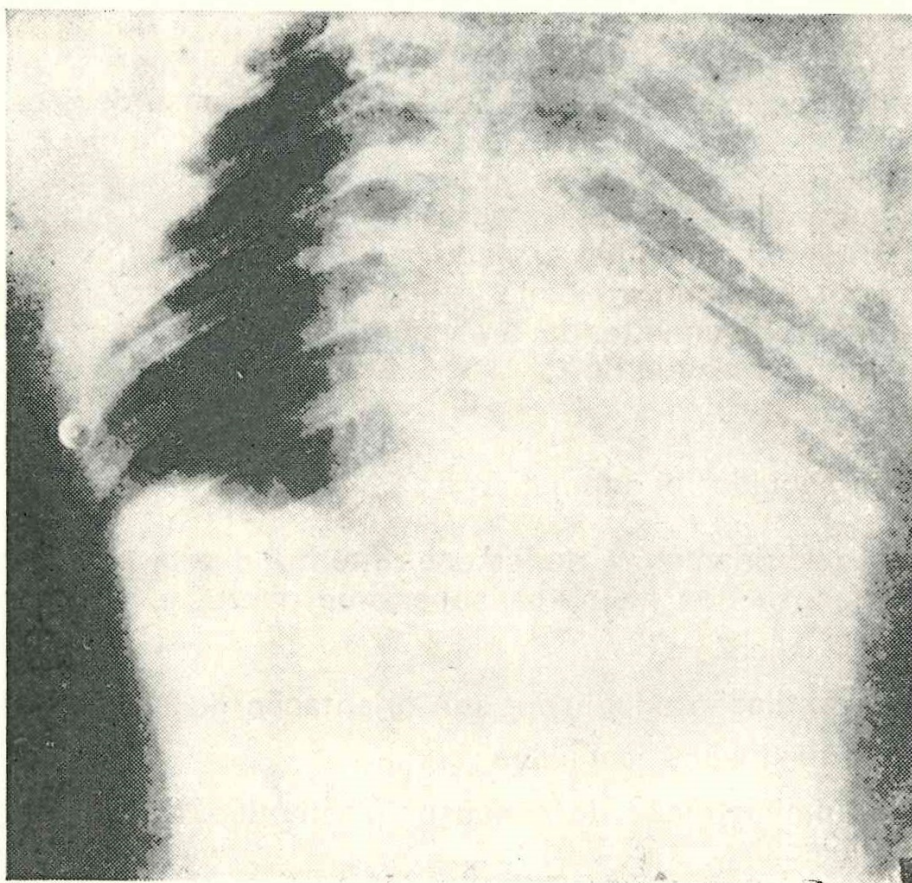


Fig. 6

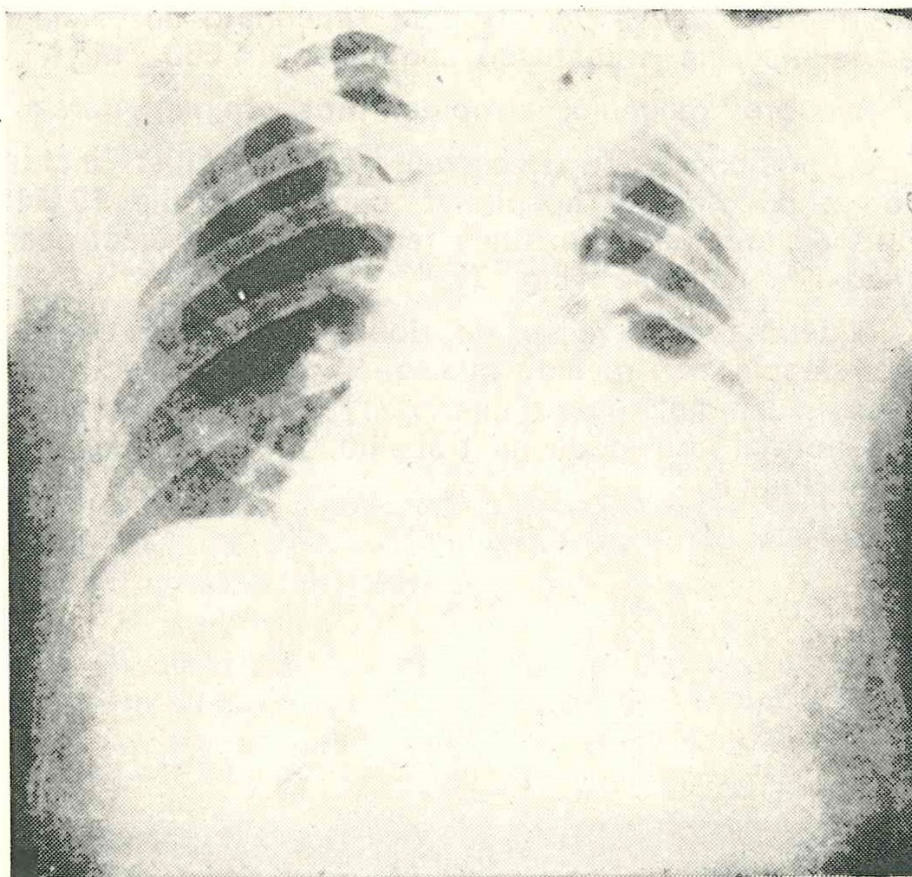


Fig. 7

cárdio com cerca de 4 centímetros de extensão localizada no ventrículo direito, junto da convergência da artéria pulmonar. Controlo da hemorragia por compressão digital. Manutenção deste controlo provisório até à recuperação hemodinâmica do doente. Controlo definitivo da hemorragia com «clampe» de Satinsky. Sutura com pontos separados de seda. Encerramento parcial do pericárdio com pontos separados. Sutura de ferida perfurante pulmonar (lobo superior esquerdo). Encerramento da parede por planos, com drenagem torácica.

Protocolo anestésico

Indução: oxigénio e protóxido de azoto.

Manutenção: *Pavulon*, oxigénio e protóxido de azoto.

Solu-Medrol, *Cédilanide*, atropina, gluconato de cálcio, cloreto de efedrina, transfusão sanguínea (4 500 cm³).

Recobro: oxigénio, atropina, prostigmina, *Atarax*.

O pós-operatório decorreu sem qualquer incidente, tendo o doente alta hospitalar, curado, no dia 19/11/75, depois de efectuados exames radiográficos e electrocardiográficos de controlo (Fig. 7).

A última observação do doente, efectuada dezasseis meses depois, não revelou quaisquer sequelas electrocardiográficas ou radiológicas (pulmonar), realizando o paciente a sua normal actividade no trabalho, sem qualquer incapacidade (Fig. 8).

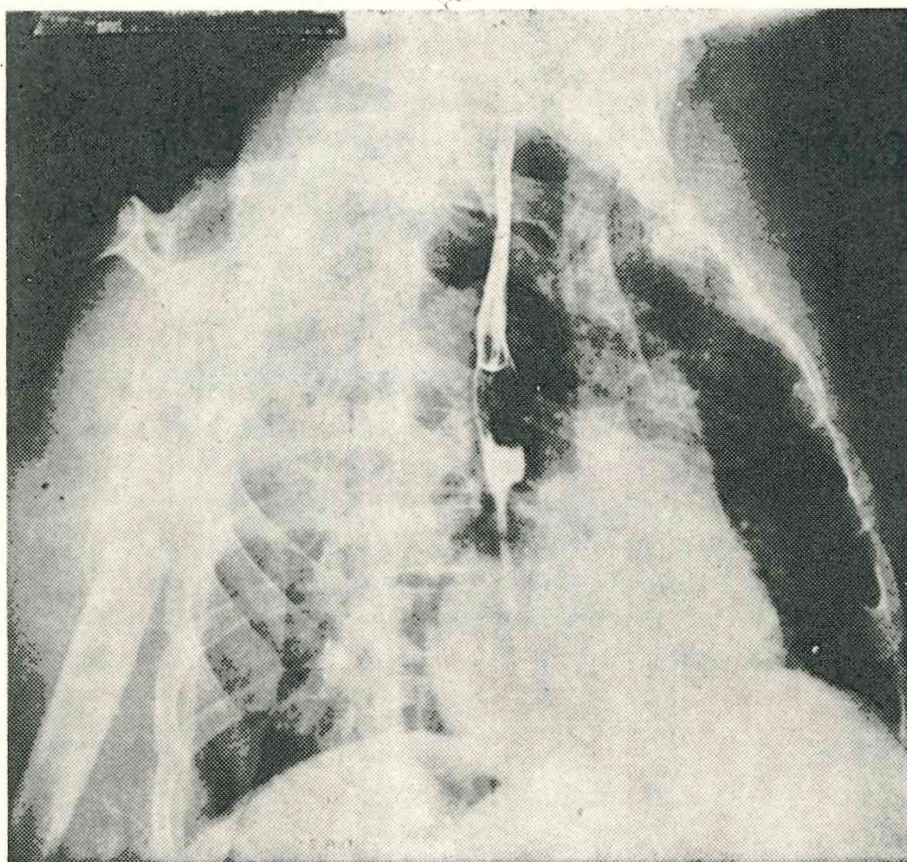


Fig. 8

Comentários

1 — As feridas penetrantes do coração situam-se entre as lesões mais espectaculares que se deparam ao cirurgião. Como é óbvio, se pretendemos salvar um doente, torna-se necessária uma rápida avaliação do quadro clínico, um controlo urgente da hemorragia e a reparação definitiva da lesão com restabelecimento da dinâmica circulatória.

2 — Perante a certeza clínica e radiológica da existência de um tamponamento cardíaco, entendemos não recorrer à pericardiocentese confirmativa e optar pela toracotomia imediata, atitude aliás ultimamente seguida nos grandes centros de cirurgia torácica.

3 — Recorrer, para acesso às feridas do coração, à incisão ântero-lateral no 4.º ou 5.º espaço intercostal, pois permite que ela se possa prolongar através do esterno, se necessário.

4 — O controlo primário da hemorragia deve ser feito por compressão digital, seguida da aplicação de «clampe» hemostático, mas só depois de aguardar a recuperação hemodinâmica completa do doente.

5 — Esta recuperação hemodinâmica foi possível, parcialmente, pela existência neste Hospital de um Serviço de Hemoterapia, com grande capacidade de resposta, mesmo em situações como esta, em que houve necessidade de recorrer à transfusão de cerca de 5 litros de sangue no espaço de 3-4 horas.

CONCLUSÕES

O objectivo desta comunicação visa dois aspectos:

1 — Uma chamada de atenção para as possibilidades actuais dos Hospitais Distritais na resolução de lesões com uma certa gravidade, sem necessidade de recorrer à evacuação destes doentes para os Hospitais Centrais, já de si demasiado sobrecarregados.

2 — A necessidade, cada vez mais premente, de dotar Hospitais Distritais de meios técnicos capazes, para que a descentralização dos meios humanos (médicos) se torne produtiva, eficiente e aliciante.

Sem que estas condições sejam satisfeitas não será possível, muitas vezes, salvar a vida dos doentes, desde que a situação seja considerada de extrema urgência, de modo a não permitir a sua evacuação para um centro especializado.

Um bom exemplo do que acabamos de expor é o do doente com ferida perfurante cardíaca. Dada a extensão da lesão, estamos convictos de que o seu envio para o Hospital Central mais próximo (que dista 50 km) não permitiria a sobrevida do doente. Aliás, fundamentalmente, foi esta a razão que nos «obrigou» a decidir pela intervenção cirúrgica, apesar de conscientes da gravidade e das deficientes estruturas de apoio técnico de que este Hospital carece para qualquer tipo de intervenção intratorácica.

SEP. 3357

TIP. COSTA CARREGAL — PORTO

biblioteca
municipal
barcelos



64168

Das possibilidades actuais dos
hospitais distritais