

TRAUMATISMO CARDÍACO COM RETENÇÃO DE CORPO ESTRANHO EM CRIANÇA DE SETE ANOS

CARDIAC TRAUMA WITH RETAINED PELLETS IN A SEVEN YEAR-OLD CHILD

Fernando Antonio Campelo Spencer Netto, ACBC-PE¹

Paulo Sérgio Vieira Melo¹

Olavo Raimundo dos Santos Filho²

INTRODUÇÃO

O traumatismo torácico é o segundo maior responsável pela mortalidade em trauma. Estima-se que 41% destes sejam devidos a traumatismos no coração,³ constituindo-se verdadeiro desafio às equipes de trauma devido à elevada mortalidade imediata e graves alterações hemodinâmicas a que estão associados.³ A retenção de projéteis no coração é achado incomum neste tipo de traumatismo, podendo levar a complicações específicas.^{1,5}

O objetivo do presente trabalho é relatar um caso de traumatismo cardíaco em criança de sete anos, em que houve retenção de projéteis no miocárdio e complicação com defeitos estruturais no órgão.

RELATO DO CASO

JFD, sexo masculino, sete anos, admitido na Emergência de Adultos do Hospital da Restauração de Recife, Pernambuco, em 26/01/96, às 21:50h, vítima de "acidente" por espingarda de chumbo à queima-roupa em região precordial havia três horas, no interior do estado. Chegou ao serviço com estado geral regular, falando, referindo dor torácica, boa expansão pulmonar e murmúrio vesicular conservado bilateralmente. Pulsos firmes e amplos, bulhas hipofonéticas. Abdomen depressível e indolor. Engurgitamento jugular com o ortostatismo.

Foram realizadas radiografias de tórax e abdome, que revelaram projéteis em projeção cardíaca e de abdome (Figura 1). Indicada toracotomia exploradora.

O acesso torácico deu-se por esternotomia, evidenciando hemopericárdio. Ao ser aberto o saco pericárdico e retirado coágulo, observou-se lesão de aproximadamente 2cm por 2cm em ventrículo direito. Foi realizada sutura da ferida com fio de polipropileno 3-0, pontos em "U", drenagem pericárdica, drenagem torácica bilateral por lesões da pleura e debridamento da ferida cutânea. Realizada laparotomia devido a situação abdominal de alguns projéteis, não sendo evidenciada

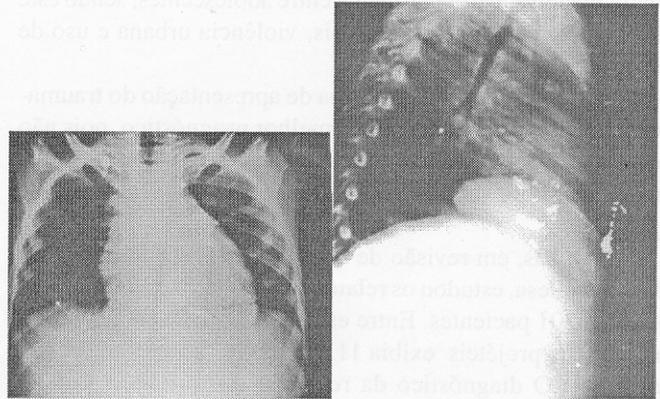


Figura 1 – Telerradiografia de tórax em posições ântero-posterior e perfil, demonstrando retenção de corpo estranho no coração

lesão intra-abdominal. O paciente evoluiu no transoperatório com instabilidade hemodinâmica transitória, com queda da pressão arterial sistólica, no momento da abertura do pericárdio (PAS 60mmHg), quando chegou a apresentar bradicardia, rapidamente revertida após tratamento da lesão, sendo a tensão arterial sistólica no fim da cirurgia de 120mmHg. Não houve transfusão intra-operatória, e o procedimento durou 110 minutos.

Admitido no pós-operatório na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) pediátrica, foi prescrita dobutamina e mantido em ventilação mecânica. No primeiro dia de pós-operatório evidenciou-se ritmo cardíaco irregular e galope. O eletrocardiograma revelou distúrbio de condução do ramo direito. O paciente evoluiu com estabilidade, sendo extubado. No segundo dia pós-operatório foi introduzido digital devido à elevada frequência cardíaca (120 a 150/min). No quarto dia pós-operatório foram retirados os drenos torácicos e pericárdicos e a dobutamina, e introduzida dieta. No quinto dia foi realizada ecocardiografia, que evidenciou aumento discreto de diâmetro do ventrículo direito com hipocinesia leve desta câmara, ausência de derrame e insuficiência tricúspide moderada. Neste dia, o paciente recebeu alta da UTI. Evoluiu

1. Cirurgião Geral da Emergência de Adultos do Hospital da Restauração.

2 - Residente de Cirurgia Geral SUS/PE.

Recebido em 11/11/97

Aceito para publicação em 14/5/98

Trabalho realizado na Emergência de Adultos do Hospital da Restauração – Recife – PE

sem outras intercorrências, recebendo alta no décimo dia pós-operatório com uso de digitálico, sendo encaminhado a serviço especializado para seguimento posterior.

DISCUSSÃO

Na população pediátrica, o traumatismo torácico tem o perfil de mortalidade semelhante ao da adulta. Vem-se observando aumento do número das feridas penetrantes do tórax entre menores, particularmente entre adolescentes, sendo este atribuído a fatores psicossociais, violência urbana e uso de drogas.⁴

O tamponamento é a forma de apresentação do traumatismo cardíaco considerada de melhor prognóstico, pois não ocorre hemotórax ou choque hipovolêmico. Não existe, portanto, distúrbio ventilatório ou morte por hemorragia exsanguinante.³

Symbas, em revisão de quarenta anos em literatura de língua inglesa, estudou os relatos de projéteis retidos no coração em 201 pacientes. Entre estes, o que apresentava maior número de projéteis exibia 11 pequenos "chumbinhos" no coração.⁵ O diagnóstico da retenção dos projéteis é dado usualmente pelo exame radiológico, havendo a necessidade de exames mais sofisticados e nem sempre disponíveis em situação de emergência para a determinação precisa do sítio e do grau de envolvimento do projétil pelo miocárdio.²

O projétil retido em câmara cardíaca pode funcionar como êmbolo, determinando sintomatologia relativa ao segmento atingido. Endocardite, pericardite e manifestações neuróticas são freqüentes, além do quadro decorrente da lesão cardíaca concomitante.^{2,5}

O tratamento para a retenção de projéteis no coração é controverso e leva em conta algumas variáveis. Casos em

que o projétil encontra-se totalmente imerso no miocárdio, particularmente nas câmaras direitas e de pequenas dimensões, são candidatos ao tratamento conservador. A conduta expectante está relacionada a uma possibilidade de endocardite, arritmias e embolização metálica. Projéteis parcialmente envolvidos em miocárdio, particularmente em câmara esquerda, grandes, localizados em proximidade a artérias, podem requerer tratamento operatório. A cirurgia para tentativa de retirada do corpo estranho é muitas vezes infrutífera, sendo procedimento de porte que usualmente necessita de circulação extracorpórea.

O cirurgião, no momento da toracotomia de emergência deve preocupar-se com defeitos da parede externa do coração. O pequeno número de casos e a diversidade de situações, como calibre do projétil e localização intracardíaca, torna-se difícil a definição de conduta sistematizada quanto ao corpo estranho retido, sendo necessário o estudo individual do paciente.⁵

Seqüelas tardias referentes a lesões estruturais no coração podem ocorrer após o traumatismo cardíaco. Na maioria das vezes esta é suspeitada durante o ato operatório e pela condição hemodinâmica pós-operatória, levando a aprofundamento da investigação, sendo usualmente o diagnóstico feito nos primeiros sete dias após o trauma. A seqüela mais comum é o defeito do septo interventricular, seguido por defeitos valvulares e distúrbios de condução. Preconiza-se na cirurgia de urgência apenas o reparo da lesão da parede externa do coração, deixando a avaliação da necessidade de correção de outras lesões para um tempo posterior.¹ Apesar de aspectos peculiares quanto às características do traumatismo, que possivelmente determinaram as seqüelas tardias observadas, o paciente em questão evoluiu bem com as medidas adotadas para tratamento do trauma cardíaco.

ABSTRACT

This is a case report about a seven year-old child who arrived at Emergency Department of Hospital da Restauração with gunshot wound on precordial area and clinical signs of cardiac tamponade. The roentgenogram showed 27 retained pellets in cardiac area. Thoracotomy was performed and repaired a cardiac wound in right ventricle. The patient developed conduction disturbance and valvar defect, but was discharged on the tenth postoperative day. Diagnosis, treatment and complications of retained projectiles are discussed.

Key Words: Cardiac wound; Cardiac missiles.

REFERÊNCIAS

1. Cha EK, Mittal V, Allaben RD – Delayed sequelae of penetrating cardiac injury. *Arch Surg* 1993;128:836-39.
2. Gandhi SK, Marts BC, Mistry BM, et al – Selective management of embolized intracardiac missiles. *Ann Thorac Surg* 1996;62:290-292.
3. Kulshrestha P, Iyer KS, Balam A, et al – Chest injuries: a clinical and autopsy profile. *J Trauma* 1988;28:844-7.
4. Rheinhorn M, Kaufman HL, Hirsch EF, et al – Penetrating thoracic trauma in a pediatric population. *Ann Thorac Surg* 1996;61:1501-5.
5. Symbas PN, Picone AL, Hatcher CR, et al – Cardiac missiles: a review of the literature and personal experience. *Ann Surg* 1990;635-47.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Fernando Antônio C. Spencer Netto
Rua Almirante Tamandaré, 137/301
51030-090 – Recife – PE