

Relato de Caso

Pseudocisto pulmonar traumático*

Traumatic pulmonary pseudocyst

ANDREIA SALARINI MONTEIRO, GABRIELA ADDOR, DAVID HENRIQUE NIGRI,
CARLOS ALBERTO DE BARROS FRANCO

O pseudocisto pulmonar traumático é uma lesão rara resultante de trauma torácico fechado. A infecção secundária é uma complicação incomum, mas com grande morbidade, devendo ser tratada precocemente. Um paciente do sexo masculino, de 28 anos, vítima de acidente de motocicleta, apresentou na internação hemoptóicos, dor torácica, dispnéia e hipoxemia. A tomografia computadorizada de tórax mostrou infiltrado pulmonar associado a imagens císticas em lobo inferior direito. Evoluiu com febre, expectoração purulenta e nível hidro-aéreo em pseudocistos de lobo inferior direito. Foi iniciado esquema antibiótico de amplo espectro após coleta de culturas, com melhora clínica e alta hospitalar após quinze dias.

Traumatic pulmonary pseudocyst is a rare lesion and is typically seen after blunt chest trauma. Although secondary infection is an uncommon complication, it presents high morbidity and requires immediate treatment. A 28-year-old male motorcycle accident victim was admitted to the hospital with hemoptysis, chest pain, dyspnea and hypoxemia. Computed tomography of the chest revealed pulmonary infiltrate and pseudocysts in the lower lobe of the right lung. The patient developed fever, purulent expectoration and an air-fluid level within the pseudocysts. After culture collection, a course of broad-spectrum antibiotics was started. Clinical improvement was observed, and the patient was discharged 15 days after admission.

J Bras Pneumol 2005; 31(1): 80-2.

Descritores: Trauma de tórax. Pseudocisto.

Key words: Chest trauma. Pseudocyst

INTRODUÇÃO

O trauma de tórax representa a principal causa de morte em pacientes politraumatizados. Está relacionado diretamente a 25% dos casos e indiretamente a outros 25%. Cerca de um terço dos traumas de tórax necessitam de hospitalização⁽¹⁾.

No trauma de tórax fechado, o principal mecanismo de lesão é a aceleração e desaceleração, que podem resultar na laceração do parênquima pulmonar. Nesse local ocorre a formação de um hematoma que, quando em

comunicação com as vias aéreas e conseqüente drenagem do sangue, resultará na formação de um pseudocisto⁽¹⁻³⁾.

Como neste tipo de lesão não há parede epitelial, devemos denominá-la pseudocisto e não cisto. Quanto ao termo laceração pulmonar, como era previamente denominado, deve ser reservado para os casos de extensa laceração do parênquima, incluindo ruptura da pleura visceral complicada com sangramento persistente e fuga aérea⁽⁴⁾.

* Trabalho realizado na Escola Médica de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Endereço para correspondência - Rua Sorocaba 464/402 Botafogo. Rio de Janeiro, RJ. CEP 22271-110. Tel: 55-21 2266-7392.

E-mail: andreiamonteiro@domain.com.br, respirar@pobox.com

Recebido para publicação, em 13/8/2003. Aprovado, após revisão, em 15/9/2004.

RELATO DO CASO

Um paciente do sexo masculino, de 28 anos, vítima de acidente de motocicleta, deu entrada na emergência, apresentando hemoptóicos, dor torácica, dispnéia e hipoxemia. O radiograma de tórax evidenciava fratura de escápula, fratura posterior do primeiro ao oitavo arcos costais à direita e infiltrado pulmonar em lobo inferior do mesmo lado. A tomografia computadorizada de tórax mostrou, além dos achados do radiograma, imagens císticas em lobo inferior direito (Figura 1). A gasometria arterial apresentou hipoxemia, e o hemograma leucocitose e desvio para esquerda (16.600 leucócitos e 6% de bastões). Enzimas musculares (CPK = 1187 e mioglobina = 737) estavam elevadas. O eletrocardiograma e o ecocardiograma estavam normais, assim como os demais exames laboratoriais. O paciente permaneceu internado na unidade semi-intensiva, em uso de oxigênio através de máscara e analgesia venosa e peridural.

Cinco dias depois, evoluiu com febre e expectoração purulenta. Nova tomografia computadorizada de tórax mostrou melhora do pneumotórax, diminuição da condensação em lobo inferior direito e pseudocistos com nível hidro-aéreo no mesmo lobo (Figura 2). Foi iniciado esquema antibiótico (amoxicilina + ácido clavulânico e ciprofloxacina) após coleta de culturas de sangue, urina e escarro. As culturas de urina e sangue foram negativas. No escarro houve crescimento de *Streptococcus* β hemolítico. O paciente obteve alta hospitalar após quinze dias de internação, já com melhora clínica e normalização dos exames laboratoriais. A tomografia computadorizada de tórax realizada no dia da alta, evidenciou melhora significativa em relação aos achados do exame anterior (Figura 3).

DISCUSSÃO

Os traumas torácicos fechados são mais comuns que os penetrantes e geralmente resultam de acidente automobilístico ou queda⁽²⁾. No presente caso, descrevemos um paciente vítima de trauma torácico fechado de grande energia cinética, caracterizado pela presença de fratura de primeiro e segundo arcos costais e de escápula⁽⁵⁾. A tomografia computadorizada de tórax foi realizada na avaliação inicial do paciente pela gravidade do trauma, caracterizada pelas fraturas vistas ao



Figura 1 - Condensação em lobo inferior direito com imagens císticas de perneo – primeira tomografia computadorizada, realizada no dia do trauma

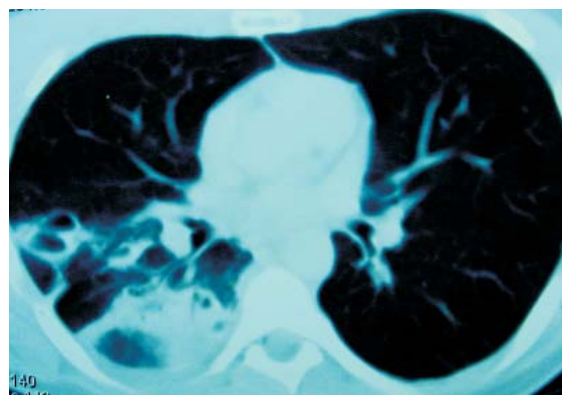


Figura 2 - Infiltrado em lobo inferior direito e pseudocistos com nível hidro-aéreo – segunda tomografia computadorizada, realizada cinco dias após o trauma

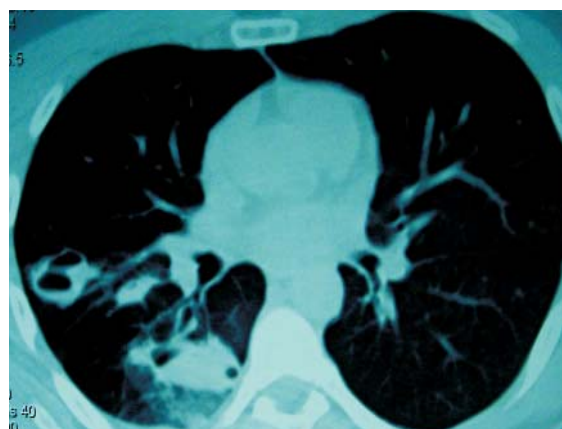


Figura 3 - Melhora significativa do infiltrado em relação ao exame prévio – terceira tomografia computadorizada, realizada quinze dias após o trauma

radiograma e também pela hipoxemia apresentada pelo paciente. Este exame é mais sensível que o radiograma de tórax no diagnóstico das lesões de parênquima pulmonar, porém a sua realização não se traduz em melhora estatisticamente significativa no prognóstico desses pacientes, sendo ainda controverso seu uso rotineiro em todas as vítimas de trauma de tórax fechado^(5,7).

O paciente não foi submetido à arteriografia, apesar da presença de fratura de primeiro e segundo arcos costais, porque estudos mais recentes indicam a realização deste exame apenas quando existe evidência de insuficiência vascular distal, imagem radiológica sugestiva de lesão do arco aórtico, hematoma apical, lesão de plexo braquial ou deslocamento substancial de fragmento de fratura, condições que não ocorreram no presente caso⁽¹⁾.

A realização da tomografia computadorizada de tórax permitiu a visualização precoce de múltiplos pequenos pseudocistos na área de contusão pulmonar. Apesar de raro, ocorrendo em 2,9% dos traumas de parênquima pulmonar e em 0,34% dos traumas de tórax, o pseudocisto pulmonar traumático deve sempre ser lembrado em pacientes com contusão pulmonar grave. Esta lesão resulta de lacerações no parênquima pulmonar em comunicação com a via aérea e, tipicamente, desenvolve-se na primeira semana do trauma. Geralmente localiza-se próximo à área de contusão e seu tamanho e forma podem mudar em curto espaço de tempo. O pseudocisto traumático ocorre mais freqüentemente em adultos jovens devido à maior flexibilidade do tórax, que transmite de forma mais eficiente a energia cinética ao parênquima pulmonar subjacente^(3,4).

Após cinco dias de internação, o paciente evoluiu com febre e expectoração purulenta. A suspeita de infecção secundária do pseudocisto foi seguida de pronta coleta de culturas e início de antibioticoterapia empírica de amplo espectro, com excelente resposta.

Cerca de uma a duas semanas após o trauma, começa a haver diminuição do pseudocisto, porém a infecção secundária dessas cavidades pode retardar sua melhora^(3,4). Esta complicação é incomum, mas piora significativamente a morbidade desses pacientes. Em geral, apenas a antibioticoterapia não é suficiente para o tratamento do pseudocisto infectado. A drenagem por cateter da cavidade é freqüentemente necessária, e em alguns casos, a lobectomia através de toracotomia ou toracosopia^(4,8).

Em conclusão, o pseudocisto traumático é um achado raro que deve sempre ser lembrado em pacientes vítimas de trauma torácico fechado e grave. A infecção secundária do pseudocisto é uma complicação incomum, mas com grande morbidade para esses pacientes. Quando suspeitado, seu tratamento deve ser iniciado o mais breve possível.

REFERÊNCIAS

1. Offner PJ, Moore EE. Management of chest trauma. In: Albert RK, Spiro SG, Jett JR, editors. *Comprehensive Respiratory Medicine*. 1st ed. London: Mosby, 1998;68.1-8.
2. Shorr RM. Blunt thoracic trauma: analysis of 515 patients. *Ann Surg* 1987; 206 (2): 200-5.
3. Kato R. Traumatic pulmonary pseudocyst: report of twelve cases. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1989; 97 (2): 309-12.
4. Moore FA. Post-traumatic pulmonary pseudocyst in the adult: pathophysiology, recognition, and selective management. *J Trauma* 1989; 29 (10): 1380-5.
5. Calhoun JH. Chest trauma: approach and management. *Clin Chest Med* 1992; 13 (1): 55-67.
6. Blostein PA and Hodgman CG. Computed tomography of the chest in blunt thoracic trauma: results of a prospective study. *J Trauma* 1997; 43 (1): 13-8.
7. Guerrero-Lopez F. Evaluation of the utility of computed tomography in the initial assessment of the critical care patient with chest trauma. *Crit Care Med* 2000; 28 (5): 1370-5.
8. Gincherman Y. Successful nonoperative management of secondarily infected pulmonary pseudocyst: case report. *J Trauma* 1995; 38 (6): 960-3.