

Lesão da artéria torácica interna por dreno torácico: relato de caso*

FERNANDO LUIZ WESTPHAL¹, LUIZ CARLOS DE LIMA¹, MARCELO AUGUSTO TEIXEIRA FADUL²

Relata-se caso raro de lesão da artéria torácica interna por dreno torácico, em paciente com empiema pleural crônico. A rotura desse vaso, levando o paciente ao choque hipovolêmico e hemoptise maciça, indicou a cirurgia. Enfatizam-se os cuidados na drenagem torácica e a importância do controle radiológico pós-drenagem. (*J Pneumol* 1998;24(6):382-384)

Internal thoracic artery injury caused by chest tube: a case report

The authors report a rare case of internal thoracic artery lesion caused by a chest tube in a patient under open drainage system treatment for empyema. The vessel rupture, leading the patient to hypovolemic shock and massive hemoptysis, was the indication for surgical intervention. They also emphasize the care with a thoracic drainage and the need for radiologic control.

Descritores – Pleurotomia. Artéria torácica interna. Dreno de tórax.

Key words – Thoracostomy. Internal thoracic artery. Chest tube.

INTRODUÇÃO

As complicações da pleurotomia intercostal são decorrentes da técnica utilizada, do sistema de drenagem ou do mau posicionamento do dreno⁽¹⁾.

Durante a colocação do dreno pode ocorrer lesão de estruturas intra ou extratorácicas, tais como pulmão, fígado, baço, coração, vasos da parede torácica e outros⁽¹⁻³⁾. Porém, a permanência prolongada do dreno como agente etiológico de lesão vascular é incomum.

As lesões da artéria torácica interna estão relacionadas ao trauma torácico ou acidente operatório, promovendo, usualmente, sangramento abundante^(4,5). É descrito um caso de lesão da artéria torácica interna devida a tratamento de empiema pleural crônico, em sistema de drenagem aberta com dreno torácico.

* Trabalho realizado no Hospital Universitário Getúlio Vargas – Universidade do Amazonas.

1. Médico do Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Universitário Getúlio Vargas.

2. Médico Residente em Cirurgia Geral do Hospital Universitário Getúlio Vargas.

Endereço para correspondência – Av. Perimetral, s/n, Residencial Jardim Itália, Ed. Turim, apto. 401, Parque 10 – 69050-170 – Manaus, AM. Tels. (092) 236-7894/982-3356. E-mail: westphal@com.br

Recebido para publicação em 30/7/98. Aprovado, após revisão, em 23/10/98.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 44 anos, admitido em hospital de referência para emergência com pneumotórax espontâneo primário, diagnosticado por exame clínico e radiológico. Foi submetido a pleurotomia intercostal fechada, sob selo d'água, no 6º espaço intercostal direito. Evoluiu com escape aéreo persistente por 10 dias e, após, com drenagem de secreção purulenta. Recebeu alta hospitalar após 20 dias, em sistema de drenagem aberta com dreno torácico e encaminhado para o Serviço de Cirurgia Torácica para tratamento do empiema pleural crônico.

Paciente admitido com queixa de pequeno sangramento pelo dreno torácico e radiograma de tórax revelando dreno torácico malposicionado, com a extremidade intratorácica em contato com a parede torácica anterior (figuras 1 e 2). Indicado o reposicionamento do dreno com diminuição de seu tamanho para continuação do tratamento por irrigação com soro fisiológico mais solução tópica de polividona.

Durante a manipulação do dreno observou-se sangramento abundante, evoluindo o paciente com sinais de choque hipovolêmico. Foi realizado o pinçamento do dreno, como tentativa de parar o sangramento, porém o paciente apresentou hemoptise maciça; então, optou-se por manter o dreno aberto e indicou-se toracotomia de emergência.

O paciente foi submetido a toracotomia ântero-lateral direita e os achados cirúrgicos constituíram-se em lesão da artéria torácica interna direita; lesão do parênquima pulmonar em lobo superior e inferior, nos locais de contato do dreno com o tecido pulmonar; bolsa empiemática em recesso costofrênico posterior com secreção purulenta.



Figura 1 – Hipotransparência de 1/3 médio e base de pulmão direito com redução da permeabilidade do recesso costofrênico lateral correspondente

Realizada ligadura da artéria torácica interna, desbridamento do parênquima pulmonar comprometido e sutura com fio absorvível e decorticação pulmonar no local da loja empiemática. O paciente permaneceu na unidade de terapia intensiva, em prótese respiratória, por sete dias, com infecção pulmonar grave e recebeu alta hospitalar no 15º dia pós-operatório em regular estado geral. O controle radiológico (figura 3) revelou reexpansão pulmonar adequada.

DISCUSSÃO

A drenagem torácica é um procedimento de rotina, apresenta indicações precisas e pode ser realizada em salas de emergência, centro cirúrgico ou em unidades de tratamento intensivo⁽¹⁾. As complicações, em sua grande maioria, são decorrentes de processo infeccioso pleural ou mau posicionamento do dreno torácico, ocasionando, algumas vezes, lesões graves e potencialmente fatais^(2,3). Entendemos como um dreno mal posicionado aquele que se encontra dobrado, ou com sua extremidade intratorácica não direcionada para o ápice pulmonar, ou apresentando o último orifício fora da cavidade pleural. Não encontramos relato na literatura de lesão da artéria torácica interna associada a drenagem torácica. A raridade do caso é complementada pelo fato de ser uma lesão ocasionada pela permanência prolongada do dreno.

A rotura da artéria torácica interna é causada por trauma torácico ou por iatrogenia durante um ato cirúrgico, porém sua incidência é baixa⁽⁴⁾. O diagnóstico no trauma é realizado pela história e exames complementares, tais como ra-

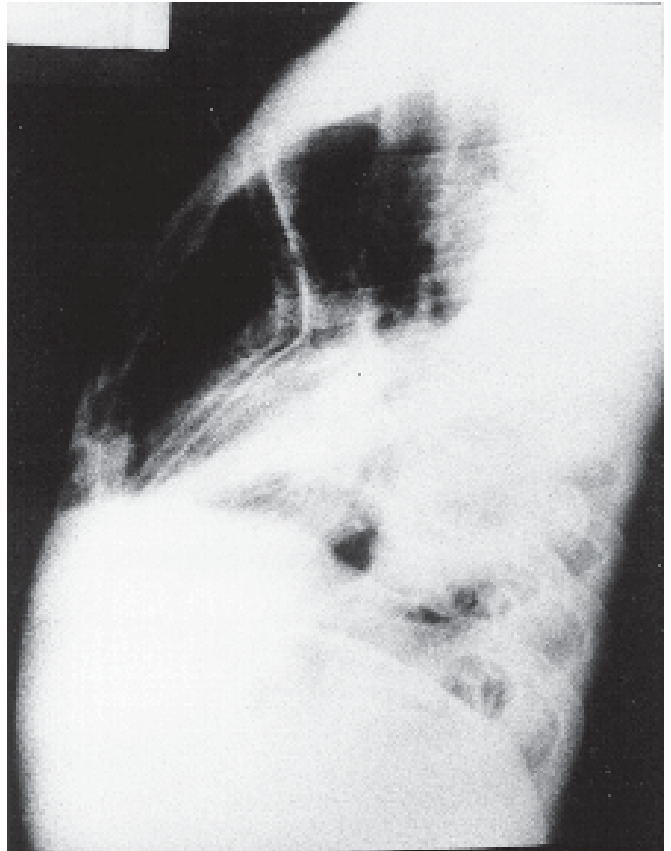


Figura 2 – Obstrução do recesso costofrênico e presença de dreno torácico anterior, com extremidade ao nível do manúbrio esternal

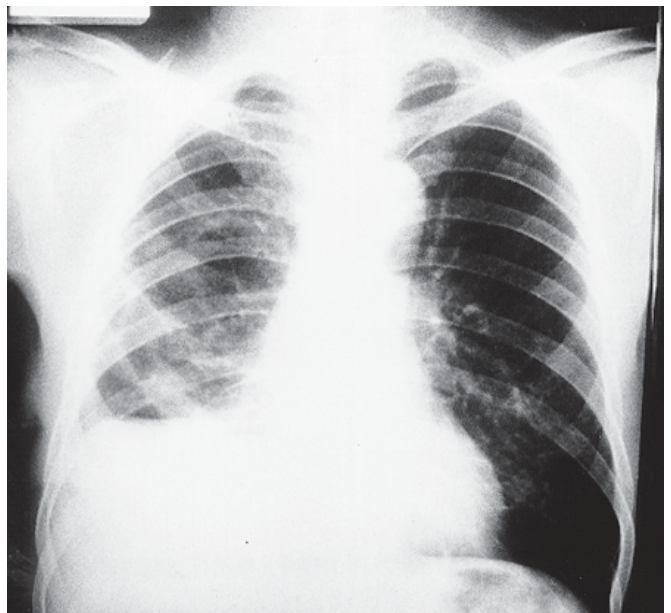


Figura 3 – Redução da hipotransparência da base direita, persistindo a redução da permeabilidade do recesso costofrênico lateral e elevação da hem cúpula frênica correspondente

diologia convencional, arteriografia e ecografia transesofágica⁽⁵⁾.

Neste relato o paciente tinha história progressiva de drenagem torácica com mau posicionamento do dreno apresentando-se com pouco sangramento até a manipulação do mesmo, quando iniciou hemorragia de grande monta associada a choque hipovolêmico.

O tratamento cirúrgico de emergência foi imperativo devido às condições clínicas apresentadas e o diagnóstico definitivo foi durante o ato operatório. O achado de lesão pulmonar no trajeto do dreno levando ao quadro de hemoptise maciça foi, provavelmente, devido ao sangue oriundo da artéria torácica interna que inundou a árvore traqueobrônquica quando o dreno foi clampeado.

Além do tratamento cirúrgico, com identificação e ligadura da artéria torácica interna, também é descrita a embolização por cateter arterial transcutâneo em situações diferentes da apresentada⁽⁴⁾.

Em resumo, o relato deste caso nos lembra que, por mais comum que seja a drenagem torácica, a não observação da

técnica na introdução do dreno pode levar a uma série de complicações. O controle radiológico pós-drenagem é uma rotina que deve ser mantida e, quando a má posição do dreno for observada, seu reposicionamento deverá ser imediato^(1,2). A rotura dessa artéria é grave e, apesar de sua incidência reduzida, deve sempre ser lembrada no diagnóstico das complicações de drenagem torácica.

REFERÊNCIAS

1. Meisel S, Priel I, Liberman P. Another complication of thoracostomy – Perforation of the right atrium. *Chest* 1990;98:772-773.
2. Miller KS, Sahn AS. Chest tubes – Indications, technique, management and complications. *Chest* 1987;91:258-263.
3. Helling TS, Gyles NR, Eisenstein CL, Soracco CA. Complications following blunt and penetrating injuries in 216 victims of chest trauma requiring tube thoracostomy. *J Trauma* 1989;29:1367-1370.
4. Smith DC, Senac MO, Bailey LL. Embolotherapy of a rupture of internal mammary artery secondary to blunt trauma. *J Trauma* 1982;22:333-335.
5. Irgau I, Fulda GJ, Hailstone D, Tinkoff GH. Internal mammary artery injury, anterior mediastinal hematoma, and cardiac compromise after blunt chest trauma. *J Trauma* 1995;39:1018-1021.