

LESÃO LARINGOTRAQUEAL EM TRAUMA CERVICAL CONTUSO POR GOLPE EM TREINO DE LUTA

Maria Beatriz Pereira Coelho¹; Gabriela Gonçalves da Silva²; Raquel Gonçalves Fujisawa³; Laura Mendes Trombini⁴; Victor Luiz Pedroza Nascimento⁵; Ester Nigro dos Santos⁶; Carlos Eduardo Moutinho Zamuner⁷; Daniel Miguel Mauro⁸

^{1,2,3,4,5,6} (Universidade Estadual de Londrina);

⁷ (Hospital Universitário de Londrina)

⁸ (Hospital Universitário de Londrina, Cirurgia Geral)

Autor para correspondência: mbeatriz.pereira@uel.br

Palavras-chave: pneumomediastino; Suporte Avançado de Vida no Trauma; traqueostomia; trauma

INTRODUÇÃO

O Trauma Cervical Contuso consiste em uma lesão na região do pescoço provocada por um impacto direto ou indireto sem causar penetração. Colisões de trânsito, lesões desportivas e violência interpessoal são as causas mais comuns desse tipo de trauma. Devido a presença de vasos sanguíneos, do trato aerodigestivo e de estruturas neurológicas, o pescoço é uma região potencialmente perigosa para lesões traumáticas, podendo ser especialmente complexo o seu manejo. O atendimento inicial baseia-se no Advanced Trauma Life Support (ATLS), a qual preconiza uma intervenção terapêutica precoce, primordial para minimizar complicações e otimizar desfechos clínicos.

OBJETIVOS

O objetivo desse trabalho é relatar o trauma e compreender a sua relevância, destacando a importância de seu manejo rápido e adequado.

RELATO DE CASO

Paciente, sexo masculino, 34 anos, encaminhado ao serviço devido a trauma contuso de laringe há dois dias. Apresentou trauma em região de epiglote devido a um soco durante treino de luta. Procurou o serviço de saúde devido a rouquidão, disfagia e dor local moderada. Negou dispnéia ou tosse. Ao exame físico, foi evidenciado enfisema subcutâneo. Tomografia de tórax e pescoço revelaram inversão da curvatura cervical fisiológica, enfisema esparso difusamente nos espaços cervicais profundos, inclusive no espaço retrofaringeo, estendendo-se ao mediastino, configurando pneumomediastino, bandas parenquimatosas de provável natureza atelectásica nos lobos pulmonares inferiores e na língua, broncopatia difusa e distúrbio ventilação/perfusão. Realizada cervicotomia exploradora com traqueostomia, reparo e hemostasia da lesão. Evoluiu com boa adaptação à traqueostomia metálica, boa aceitação da dieta e sem episódios de disfagia.

DISCUSSÃO

O Trauma Cervical Contuso, devido à complexa anatomia da região, pode provocar lesões de diferentes gravidades, as quais necessitam de abordagem precisa e imediata. As lesões laringotraqueais resultam normalmente de trauma direto na região cervical anterior ou hiperextensão súbita e de 8 a 10% dos pacientes com trauma cervical são admitidos com via aérea comprometida em sério grau¹. Na avaliação clínica inicial, deve-se buscar os sinais clínicos maiores (tabela 1), os sinais clínicos menores (tabela 2) ou a ausência de sinais¹. Além da apresentação de rouquidão, disfagia e dor local moderada, o paciente relatado também apresentava enfisema subcutâneo, o que sugeria lesão de vias aéreas. Em relação a conduta a ser adotada, toda vítima de trauma contuso deve ser atendida seguindo a sequência ABCDE, o qual preconiza a Manutenção de Vias aéreas, Ventilação e Respiração, Circulação com controle de hemorragias, Avaliação Neurológica e Exposição/Controle do ambiente². Neste caso, devido ao enfisema subcutâneo extenso, com suspeita de lesão laringotraqueal, era mandatória a cervicotomia exploradora com traqueostomia com reparo primário, conduta crucial para garantir a estabilidade respiratória e prevenir complicações graves, como a obstrução das vias aéreas ou infecções pulmonares². Conclui-se que o trauma cervical contuso

demonstra-se desafiador devido à complexidade anatômica da região. A lesão laringotraqueal embora infrequente em traumas cervicais, tem alta morbimortalidade. Essas lesões podem ser penetrantes em sua grande maioria e contusas, em uma menor proporção, devido a proteção do esterno e da mandíbula. Qualquer paciente com história clínica de trauma cervical anterior deve ser avaliado para essas lesões, sendo o principal objetivo a ser alcançado a confirmação de uma via aérea segura.

Tabela 1:

SINAIS MAIORES DE LESÃO CERVICAL	
Lesões aerodigestivas	<ul style="list-style-type: none"> • Obstrução de via aérea • Hemoptise de grande vulto • Escape de ar pelo local da lesão • Enfisema subcutâneo extenso
Lesões vasculares	<ul style="list-style-type: none"> • Instabilidade hemodinâmica • Sangramento ativo na lesão • Hematoma pulsátil ou em expansão • Ausência de pulso carotídeo • Sopros na ausculta/frêmito na palpação • Déficits neurológicos

Fonte: retirado do artigo de Starling SV, Rocha AC, Azevedo Filho TV¹.

Tabela 2:

SINAIS MENORES DE LESÃO CERVICAL	
Lesões aerodigestivas	<ul style="list-style-type: none"> • Rouquidão • Alteração no timbre da voz • Hemoptise discreta • Trajeto do projétil próximo do esôfago ou da traqueia • Enfisema subcutâneo pequeno • Odinofagia • Saída de saliva pelo ferimento • Hematêtese
Lesões vasculares	<ul style="list-style-type: none"> • Estabilidade após reposição volêmica • Hematoma pequeno que não cresce • Relato de sangramento moderado que cessou • Trajeto do projétil próximo do trajeto dos vasos cervicais

Fonte: retirado do artigo de Starling SV, Rocha AC, Azevedo Filho TV¹.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o trauma cervical contuso demonstra-se desafiador devido à complexidade anatômica da região. A lesão laringotraqueal embora infrequente em traumas cervicais, tem alta morbimortalidade. Essas lesões podem ser penetrantes em sua grande maioria e contusas, em uma menor proporção, devido a proteção do esterno e da mandíbula. Qualquer paciente com história clínica de trauma cervical anterior deve ser avaliado para essas lesões, sendo o principal objetivo a ser alcançado a confirmação de uma via aérea segura.

REFERÊNCIAS

1. Starling SV, Rocha AC, Azevedo Filho TV. Abordagem atual do trauma cervical. In: Colégio Brasileiro de Cirurgiões; Bravo Neto GP, Victor FC, organizadores. PROACI Programa de Atualização em Cirurgia: Ciclo 15. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2019. p. 9–66. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 2).
2. Shilston J, Evans DL, Simons A, Evans DA. Initial management of blunt and penetrating neck trauma. Vol. 21, BJA Education. Elsevier Ltd; 2021. p. 329–35.