

Caso Clínico

Clinical Case

Miguel Guimarães¹
Bárbara Seabra²
José Almeida³
Piedade Amaro⁴
João Moura Sá⁴

Forma rara de apresentação de corpo estranho traqueobrônquico simulando asma grave – Caso clínico

Tracheobronchial foreign body aspiration simulating asthma attack – A case report

Recebido para publicação/received for publication: 06.11.09

Aceite para publicação/accepted for publication: 06.12.19

Resumo

O broncoespasmo é um dos sintomas clássicos de asma que pode ocorrer também em outras patologias.

A aspiração de corpos estranhos traqueobrônquicos no adulto é uma dessas situações, que embora rara pode permanecer oculta por períodos de tempo prolongados. Os autores apresentam o caso clínico de um jovem asmático vítima de acidente de trabalho do qual resultou aspiração de corpo estranho pouco usual e só posteriormente reconhecido.

Rev Port Pneumol 2007; XIII (2): 281-285

Palavras-chave: Asma, aspiração de corpo estranho traqueobrônquico, broncoscopia, adulto.

Abstract

Wheezing is a major symptom of asthma although it may be present in other pathologies.

Foreign body aspiration a situation that often remains hidden for long periods of time.

The authors present a case report of an asthmatic victim of workplace accident with aspiration of foreign body that was only suspected after some time.

Rev Port Pneumol 2007; XIII (2): 281-285

Key-words: Asthma, tracheobronchial foreign body aspiration, bronchoscopy, adult.

¹ Interno Complementar de Pneumologia (5.º ano)

² Interna Complementar de Pneumologia (4.º ano)

³ Assistente Hospitalar de Pneumologia

⁴ Assistente Hospitalar Graduado de Pneumologia

Unidade de Broncologia do Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia (CHVNG).

Responsável da Unidade – Dr. João Moura Sá

Directora do Serviço – Dr.ª Bárbara Parente

Contacto:

Miguel Guimarães

Unidade de Broncologia do CHVNG

Rua Conceição Fernandes

4430-068 Vila Nova de Gaia.

m.guimaraes@mail.telepac.pt

Introdução

A asma é uma doença pulmonar crónica muito frequente e caracterizada por episódios agudos de exacerbações. Durante estes episódios, a broncoconstrição gerada pode originar o aparecimento de dispneia, pieira e tosse, que por sua vez mimetizam outras patologias¹.

Apesar de pouco frequente, com uma incidência estimada de 0,66 casos por 100 000⁽²⁾, a aspiração de corpos estranhos traqueo-brônquicos (CET) nos adultos deve ser um diagnóstico diferencial a considerar em quadros respiratórios de evolução arrastada e em episódios agudos de asfixia em circunstâncias mal esclarecidas. É necessário um elevado grau de suspeição clínica para o correcto diagnóstico desta condição.

A remoção precoce do CET facilita a recuperação total, enquanto um diagnóstico tardio pode levar a uma extracção difícil, aumentando o risco de complicações e sequelas³.

Caso clínico

Doente de 19 anos, sexo masculino, empregado fabril em serração, não fumador.

Antecedentes de asma brônquica e rinite alérgica. Vítima de acidente de trabalho ao tentar desencravar uma peça na parte superior de um grande silo de serrim e fitas de madeira, fica suspenso pelo tornozelo direito, tendo ficado com a cabeça e parte do tórax submersos dentro do silo, só tendo sido retirado com grande dificuldade com a ajuda dos bombeiros.

À chegada ao SU encontrava-se consciente e colaborante, polipneico, com sinais marcados de espasmo brônquico e tiragem, sem cianose. A radiografia do tórax evidenciava sinais de hiperinsuflação (Fig. 1), e a radiografia do membro inferior direito mostrava fractura do maléolo tibial direito.

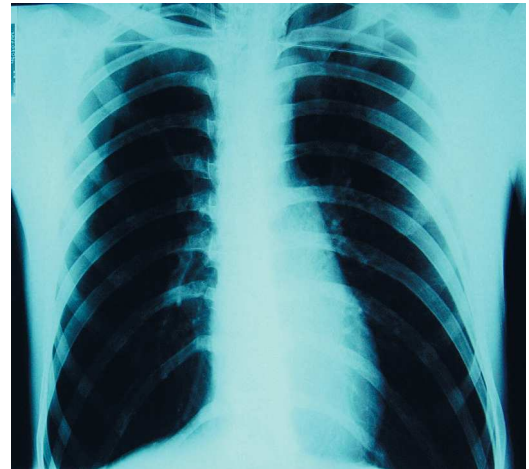


Fig. 1 – Telerradiografia do tórax inicial em incidência PA com sinais de insuflação

Após medicação com broncodilatadores e corticoterapia sistémica, verificou-se inicialmente melhoria clínica e gasométrica.

No entanto, algumas horas após a admissão ocorre agravamento clínico com aparecimento de insuficiência respiratória global, motivo pelo qual foi transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) e submetido a ventilação mecânica invasiva. As horas iniciais na UCIP são caracterizadas por grande dificuldade em ventilar o doente, apresentando pressões das vias aéreas muito elevadas e hipotensão persistente sem resposta ao preenchimento vascular. Entretanto, verifica-se aparecimento de enfisema subcutâneo (hemitórax esquerdo e região cervical).

Repete a radiografia do tórax, registando-se um pneumotórax à esquerda com extenso enfisema subcutâneo e cervical (Fig. 2).

Decidiu-se realizar broncofibroscopia (BF) que revelou obstrução quase total do terço inferior da traqueia por material de consistência dura de natureza indeterminada e que não permitia a passagem do broncofibroscópio.

FORMA RARA DE APRESENTAÇÃO DE CORPO ESTRANHO TRAQUEOBRÔNQUICO SIMULANDO ASMA GRAVE – CASO CLÍNICO

Miguel Guimarães, Bárbara Seabra, José Almeida, Piedade Amaro, João Moura Sá

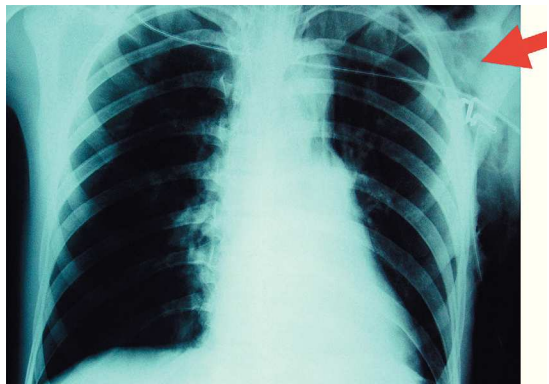


Fig. 2 – Telerradiografia do tórax em incidência AP com pequeno pneumotórax à esquerda e enfisema subcutâneo (seta)

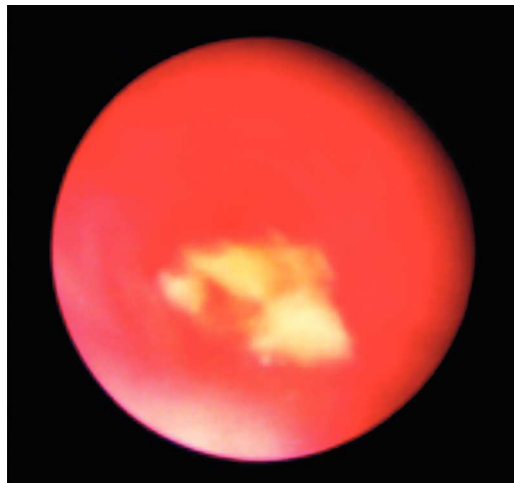


Fig. 3 – Obstrução da porção distal da traqueia por CET

Face ao resultado da BF, foi extubado e efectuou broncoscopia rígida (BR) com ventilação com jacto que mostrou o lúmen do terço distal da traqueia e dos dois brônquios principais obstruídos por corpo estranho (Fig. 3), abundantes fitas de madeira muito comprimidas, que foram progressivamente retiradas da traqueia e das duas

árvores brônquicas (durante cerca de 1h30) (Figs. 4 e 5).

No final do procedimento, verificou-se a melhoria imediata da ventilação, com diminuição da pressão da via aérea para valores normais e regularização hemodinâmica.

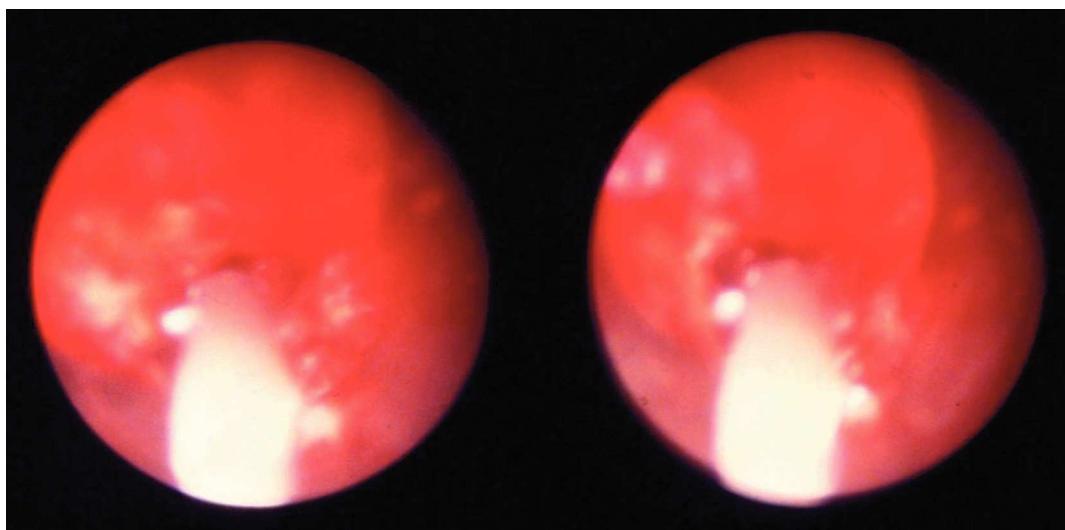


Fig. 4 – Remoção de fragmentos do CET com pinça de biópsia.



Fig. 5 – Fitas de madeira retiradas por BR

Evolução clínica posterior: boa evolução respiratória, tendo sido extubado dez dias após admissão na UCIP.

Na data de alta, clinicamente bem e sem alterações radiológicas.

Reavaliação broncoscópica aos 15 dias com alguns sinais inflamatórios e pequenos granulomas na vertente anterior da carena (Fig. 6).

Actualmente sem queixas.

Discussão

A aspiração de CET é uma condição mais frequente na criança e pouco comum no adulto. Tende a aumentar a partir da 4.^a década de vida, com um pico pela 7.^a década⁴. Idade avançada, perda de consciência, o uso de sedativos ou álcool, atraso mental, alterações neurológicas e procedimentos dentários estão descritos como factores predisponentes para a aspiração de CET⁵.

O quadro clínico é variável, podendo surgir como episódio agudo de asfixia, ou no caso de CET retidos durante longos períodos de tempo através das suas complicações⁶. O episódio de aspiração nem sempre é identificado.

A radiografia do tórax permite a visualização de corpos estranhos radiopacos, mas cerca de 75% dos corpos estranhos não são radiopacos^{4,7}. Ainda assim, existem sinais indirectos que nos sugerem a possibilidade de CET, como a atelectasia ou pneumonite pós-obstrutiva, e a hiperinsuflação unilateral na radiografia em

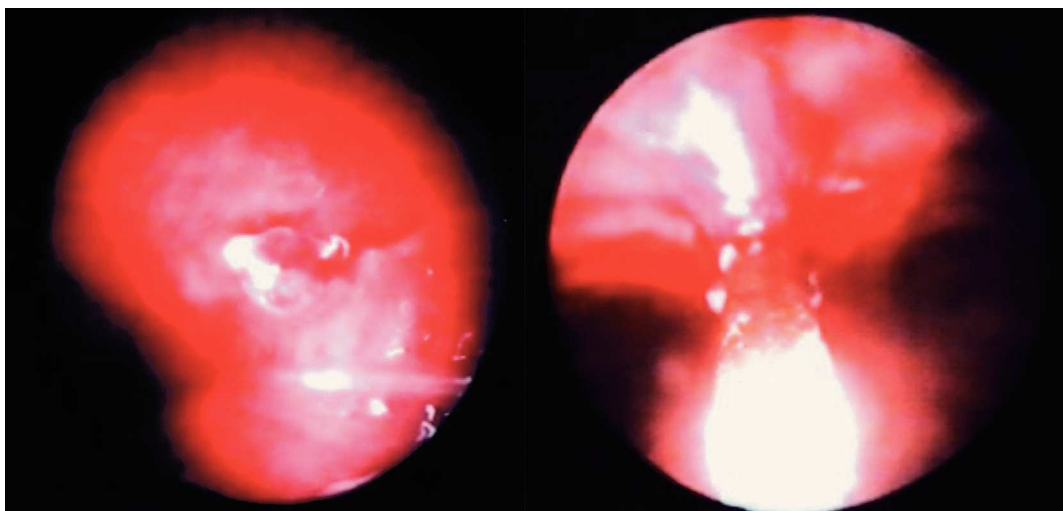


Fig. 6 – Granuloma na carena removido com a pinça de biópsia do BR

expiração forçada traduzindo mecanismo valvular expiratório⁷.

A BF é fundamental no diagnóstico, sendo superior à BR em situações específicas em que o CET se encontra em localização periférica e em doentes ventilados ou traumatizados cervicais e maxilo-faciais. As desvantagens da BF na extracção de CET residem, por um lado, no facto de o corpo estranho ter de ser retirado em bloco com o aparelho, podendo levar à sua perda durante a manobra, com a possibilidade de originar uma situação de asfixia, e, por outro lado, na frequente necessidade de várias manobras para a extracção do CET quando existem vários fragmentos⁴. Na realidade, a BR e a BF são também nesta situação técnicas complementares.

O tipo de acidente descrito, com submersão da cabeça e parte do tórax, justifica a aspiração repetida de grande quantidade de fitas de madeira mascarada pelos antecedentes de asma do doente.

Como resultado da obstrução mecânica, desenvolveu-se barotrauma por hiperpressão das vias aéreas.

Tratando-se da aspiração de um corpo estranho vegetal, e apesar de um intervalo de tempo curto entre o episódio de aspiração e

a remoção do CET, é natural que a mistura com secreções brônquicas o tornassem mais compacto, favorecendo o aparecimento posterior de algum tecido de granulação, que no entanto foi facilmente removido.

Neste caso, salienta-se a importância da BR como método de eleição para o tratamento desta situação dada a natureza e quantidade do corpo estranho envolvido.

Bibliografia

1. Rodrigo G, Rodrigo M, Hall J. Acute asthma in adults – a review. *Chest* 2004; 125:1081-102.
2. Jimenez J. Controversy, Bronchoscopic approach to tracheobronchial foreign bodies in adults, Pro-rigid bronchoscopy. *J Bronchology* 1997; 4:168.
3. Nakhosteen J. Tracheobronchial foreign bodies, editorial. *Eur Respir J* 1994; 7:429-30.
4. Moura Sá J, Oliveira A, Caiado A, Neves S, Barroso A *et al.* Corpos estranhos traqueobrônquicos no adulto – experiência da unidade de broncologia do CHVNG. *Rev Port Pneumol* 2006; XII (1):31-43.
5. Limper A, Prakash U. Tracheobronchial foreign bodies in adults. *Ann Intern Med* 1990; 112:604.
6. Marquette C. Airways foreign bodies. In: UpToDate, Rose B (ed.), UpToDate, Wellesley M, 2005.
7. Mu L, Sun D, He P. Radiological diagnosis of aspirated foreign bodies in children: review of 343 cases. *J Laryngol Otol* 1990; 104:778-82.