

CASO CLÍNICO

Hemotórax e hemopneumotórax espontâneos: causas raras de internamento

PEDRO SILVEIRA*, LURDES FERREIRA*, ISABEL GOMES**

Serviço do Pneumologia do Hospital de S. João
(Dir.: Prof. J. Agostinho Marques)

RESUMO

Os autores fazem a revisão e descrição sumária dos 5 casos de hemotórax e hemopneumotórax espontâneos internados no serviço de Pneumologia do H.S. João entre 1983 e 1995, comentando as situações em que foi possível identificar patologia subjacente com eles relacionada. Foram diagnosticados 1 caso de neuroepitelioma periférico, 1 caso de aderências pleurais e 1 caso de bolhas subpleurais. Os restantes 2 casos foram considerados idiopáticos. Todos foram submetidos a drenagem torácica e apenas 1 doente necessitou de transfusão. O "follow-up" variou entre 6 meses e 3 anos, não se tendo observado recidiva de hemotórax em nenhum caso. Não se verificaram sequelas e todos os doentes se mantêm assintomáticos após a resolução do hemopneumotórax.

Palavras-chave: Hemotórax; hemopneumotórax; casos clínicos.

ABSTRACT

The authors review and summarise all the 5 cases of spontaneous hemothorax and hemopneumothorax admitted at the Pneumology

* Internos Complementares de Pneumologia do H. S. João

** Assistente Hospitalar de Pneumologia do H. S. João

Recebido para publicação em 96.6.17

Accete para publicação: 96.8.19

ward of H.S. João between 1983 and 1995, and comment those situations where an underlying disease could be implicated. We found 1 case of neuroepithelioma, 1 case of pleural adhesions and 1 case of pulmonary bullae. The other 2 cases were considered as idiopathic. All patients underwent thoracostomy tube drainage and only one needed blood transfusion. The follow-up period ranged from 6 months to 3 years and recurrences were never observed. Sequela were not registered and all patients stay asymptomatic since the resolution of the hemothorax or hemopneumothorax.

Key-words: Hemothorax; hemopneumothorax; case-reports.

INTRODUÇÃO

O hemotórax e o hemopneumotórax espontâneos são entidades raras, que obrigam a internamento para esclarecimento etiológico e terapêutica por drenagem, sendo habitualmente relacionados com patologia pleuropulmonar subjacente (1), nomeadamente rupturas de aderências pleurais, tumores malignos, aneurismas de grandes vasos torácicos, malformações arteriovenosas, podendo ainda surgir em doentes submetidos a transplante pulmonar.

Os autores fazem a revisão e descrição sumária de 5 casos de hemotórax e hemopneumotórax espontâneos que estiveram internados no Serviço de Pneumologia do H. S. João entre 1983 e 1995, comentando as situações em que foi possível estabelecer a existência de patologia subjacente.

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DOS CASOS:

Caso 1 – Doente do sexo masculino, 24 anos, sem antecedentes de patologia pleuropulmonar conhecida, com um quadro de toracalgia à esquerda, dispneia e febrícula. A telerradiografia do tórax efectuada no serviço de Urgência do H. S. João, onde recorreu, mostrava um hidropneumotórax à esquerda, tendo-se verificado saída de sangue na toracocentese. O estudo analítico era normal. Foi introduzido dreno de Jolly, que permaneceu 6 dias. Posteriormente, fez cinesioterapia respiratória. Num "follow-up" de 2 anos não se

registaram complicações, encontrando-se o doente assintomático e com telerradiografia de controle normal. Não se efectuou qualquer investigação posterior.

Caso 2 – Doente do sexo feminino, 20 anos, previamente saudável, que recorreu ao serviço de Urgência do H. S. João por toracalgia esquerda e dispneia. A telerradiografia do tórax mostrava um hidropneumotórax à esquerda e, analiticamente, verificava-se a existência de anemia (Hb=9.2 g/dl). Foi efectuada toracocentese, com saída de sangue. Introduziu-se dreno de Jolly que foi retirado ao 7º dia. Efectuou tomografia axial computadorizada (TAC) torácica que foi normal. Num "follow-up" de 3 anos não se registaram complicações e, tal como no caso anterior, a doente encontra-se assintomática e com telerradiografia do tórax normal.

Caso 3 – Doente do sexo masculino, 20 anos, com antecedentes de tuberculose pulmonar, internado por dor torácica à direita, dispneia, hipertermia e imagem de hidropneumotórax à direita na telerradiografia do tórax (Figura 1). Analiticamente apresentava anemia (Hb=8.0 g/dl), que justificou transfusão de 1 unidade de glóbulos rubros. Na toracocentese exploradora verificou-se saída de sangue. Foi introduzido dreno de Jolly que permaneceu 11 dias, tendo posteriormente sido necessário introduzir outro dreno por inexistência de expansão pulmonar. O tempo total de permanência dos drenos foi de 32 dias. A TAC torácica mostrava numerosas aderências pleropulmonares à direita, com lesões de fibrose residual e área de condensação segmentar na base direita (Figura 2). Após um

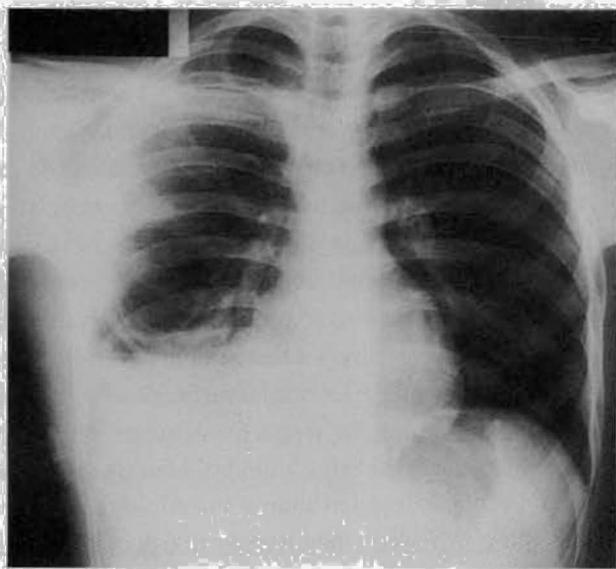


Fig. 1 – Telerradiografia do tórax mostrando hidropneumotórax à direita.



Fig. 2 – Pormenor da TAC torácica onde se observam, além do hidropneumotórax, numerosas aderências pleuropulmonares.

"follow-up" de 1 ano, a telerradiografia do tórax de controle é compatível com sequelas de tuberculose pulmonar à direita, não se tendo registado complicações ou recidiva do hemopneumotórax.

Caso 4 – Doente do sexo masculino, 41 anos, sem antecedentes de patologia pleuropulmonar prévia,

internado por dor torácica à esquerda, tosse seca e imagem compatível com derrame pleural septado à esquerda na telerradiografia do tórax (Figura 3). A punção mostrou a existência de sangue, tendo sido posteriormente drenado com dreno de Jolly. Analiticamente não se verificavam alterações e a TAC torácica mostrava bolhas enfisematosas bilaterais, não identificáveis na telerradiografia do tórax. Num "follow-up" de 2 anos não se registaram complicações, continuando o doente sem queixas e com telerradiografia do tórax de controle normal.

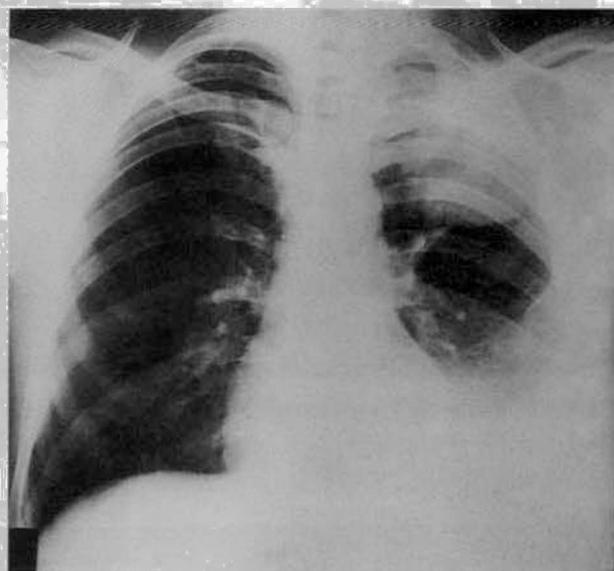


Fig. 3 – Telerradiografia do tórax com apagamento do fundo de saco costofrênico esquerdo e opacidade no terço superior esquerdo, que se revelou como derrame pleural septado.

Caso 5 – Doente do sexo masculino, 40 anos, previamente saudável, internado por dor torácica à esquerda, febre, tumefacção dura e bem delimitada na região lombar esquerda e imagem de derrame pleural à esquerda, em cavidade livre, na telerradiografia do tórax. Na toracocentese exploradora obteve-se sangue, pelo que foi introduzido dreno de Jolly. O exame citológico posteriormente efectuado foi negativo para células malignas. A TAC toracoabdominal mostrava

tumefacção na parede torácica esquerda, envolvendo os dois últimos arcos costais, provocando destruição óssea e fazendo proclivência para os planos superficiais e para a cavidade abdominal, resultando em empurramento do rim, embora sem o invadir (Figuras 4 e 5). A biopsia aspirativa revelou um neuroepitelioma periférico, diagnóstico confirmado através do estudo da peça operatória, após exérese do tumor e ressecção da 10^a, 11^a e 12^a costelas. Num "follow-up" de 6 meses não se verificaram complicações nem recidiva do hemotórax.

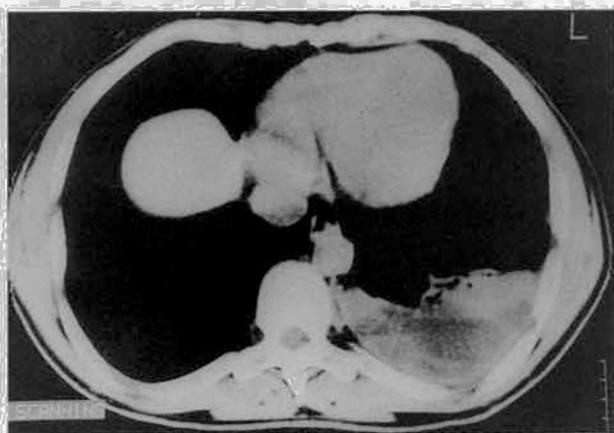


Fig. 4 - Pormenor da TAC torácica onde se observa derrame pleural esquerdo



Fig. 5 - Pormenor da TAC abdominal mostrando neoformação da parede torácica esquerda, com destruição de arcos costais, fazendo proclivência para os planos superficiais e provocando empurramento do rim esquerdo

DISCUSSÃO

Sempre que se nos depara um doente com hemotórax ou hemopneumotórax de origem traumática ou não, devemos ter presente que se pode tratar de um doente cuja perda aguda de sangue é necessário monitorizar, pelo que é imperativa a drenagem torácica, a qual é também importante na prevenção de complicações. Na maior parte dos casos (tal como quando há traumatismo), a hemorragia é auto-limitada, pelo que não é necessária a identificação do local de sangramento. Contudo, frequentemente existe patologia subjacente que obriga a um trabalho de investigação no sentido de determinar a sua etiologia (2). Este trabalho será mais ou menos exaustivo conforme a sua identificação seja possível com meios de diagnóstico relativamente simples ou não. A necessidade de utilização de meios agressivos (toracoscopia, toracotomia) pode surgir, não para a identificação da patologia de base, mas, em doentes com grande perda hemorrágica e instabilidade hemodinâmica, a fim de identificar o vaso sangrante e suster a hemorragia. Estão descritos na literatura várias causas bizarras, tratando-se, no entanto, de casos isolados que se apresentaram como hemotórax espontâneo. Nestes, incluem-se vasculites, condrossarcoma da parede torácica, hemangiopericitoma do mediastino, doença de Gorham's, carcinoma hepatocelular, neurofibrossarcoma, hematopoiese extramedular intratorácica, exostose costal e fracturas espontâneas de costelas por metástases. O caso 5 poderá ser incluído neste grupo e apenas a existência de uma tumefacção da parede permitiu a suspeição do diagnóstico.

Nas causas mais frequentes (Quadro I) incluem-se a ruptura de aderências pleuropulmonares vascularizadas (determinando normalmente hemopneumotórax), coagulopatias, aneurismas com dissecção de grandes vasos intra-torácicos ou intra-abdominais, enfarte pulmonar, infecções necrotisantes, neoplasias pulmonares, metástases pleurais, mesoteliomas, alterações anatómicas pleurais, malformações arteriovenosas pulmonares e telangiectasia hereditária hemorrágica (3,4), sendo por isso obrigatória a sua pesquisa. O caso

Quadro I

Causas de hemotórax e hemopneumotórax espontâneos

Idiopático
Secundário:
Aderências pleuropulmonares vascularizadas
Coagulopatias
Aneurismas com dissecação de grandes vasos
Malformações arteriovenosas pulmonares
Telangiectasia hereditária hemorrágica
Enfarte pulmonar
Infecções necrotizantes
Neoplasias pulmonares
Tumores primários ou secundários da pleura
Tumores da parede torácica
Tumores do mediastino
Carcinoma hepatocelular
Fractura de costelas por metástases
Malformações pleurais
Vasculites
Doença de Gorham's
Hematopoiese extramedular intratorácica
Exostose costal
Endometriose intra-torácica
Transplante pulmonar

3 deve-se certamente à ruptura de aderências pleurais secundárias a tuberculose pulmonar antiga.

O diagnóstico de hemotórax idiopático apenas deverá ser considerado por exclusão destas etiologias, após terem sido empregues atitudes diagnósticas mais ou menos invasivas, tais como a TAC de alta resolução, técnicas com radioisótopos, angiografia, toracoscopia ou, eventualmente, toracotomia, devendo estas atitudes ser ponderadas caso a caso, pois algumas delas nem sempre serão justificáveis. Os casos 1 e 2 poderão estar integrados neste grupo, pois, apesar de não se ter efectuado um estudo exhaustivo, o tempo de "follow-up" sem complicações ou recidivas permite excluir causas graves.

O caso 4 poderá ter resultado da ruptura de uma bolha periférica, subpleural, dado que foram detectadas bolhas pulmonares na TAC torácica. Em 1974 foi descrito o que se pensava ser o primeiro caso de hemotórax espontâneo idiopático (5), mas foi encontrado um hematoma intramuscular na parede torácica.

Há determinadas patologias que são tipicamente

assintomáticas e que apenas são diagnosticadas na autópsia sendo o envolvimento pleural um achado ocasional. Nestes casos, raramente surge hemotórax ou este é causa directa de morte (6). A hematopoiese extramedular intratorácica é uma destas situações, atingindo mais frequentemente o mediastino postero-inferior e raramente o mediastino anterior e a pleura.

Alguns casos especiais merecem-nos particular atenção. Os tumores primitivos do pulmão, quer na sua apresentação, quer durante a sua evolução, podem cursar com hemotórax. Dois mecanismos etiopatogénicos poderão estar implicados: a compressão e necrose isquémica do tecido pulmonar subjacente ao tumor ou a invasão tumoral de vasos pulmonares, da pleura visceral ou da parietal (3). A endometriose intra-torácica provoca hemotóraces recorrentes, catameniais, caracteristicamente à direita e acompanhados de dor abdominal. É mais frequente em nulíparas na 4ª década de vida, com endometriose pélvica e peritoneal comprovadas, sendo descritas 3 vias de disseminação do tecido endometrial para o tórax: hematogénica ou linfática (especialmente após manipulação do útero durante cirurgias obstétricas) ou através de fenestrações diafragmáticas formando pontos de comunicação entre as cavidades peritoneal e pleural. Estas fenestrações poderão ser congénitas ou secundárias a fenómenos de necrose provocada pelos implantes peritoneais de tecido endometrial (7).

No futuro, poder-se-á observar um maior número de hemotóraces não traumáticos como complicação de transplantes uni ou bilaterais do pulmão. Numa série de 138 doentes, são descritos 2 casos de hemotórax após transplante bilateral (8). No entanto, o pneumotórax é a complicação pleural mais frequente, quer no transplante unilateral, quer no bilateral.

O tratamento imediato do hemotórax ou hemopneumotórax consiste na drenagem através de dreno torácico, o que aconteceu em todos os nossos doentes. Apenas em 1 caso foi necessário reintroduzir o dreno. Não se observaram complicações hemodinâmicas graves, sendo registada anemia em 2 casos, com necessidade de reposição transfusional apenas num deles. Esta relativa benignidade nem sempre se obser-

va. É frequente o choque hipovolémico em hemorragias maciças, sendo nestas situações fundamental identificar com a máxima brevidade a fonte hemorrágica (1). Para isso, são utilizadas técnicas com eritrócitos marcados com radioisótopos, angiografia e toracoscopia. A toracotomia está indicada em doentes instáveis e no tratamento de complicações, tais como o empiema e a paquipleurite.

No conjunto dos casos avaliados, ressalta ainda o

reduzido número de admissões para um período relativamente alongado (13 anos), o que condiz com a noção generalizada de estarmos perante entidades raras na prática clínica corrente.

Serviço de Pneumologia
Hospital de S. João
Alameda Prof. Hernâni Monteiro
4200 Porto

BIBLIOGRAFIA

1. CM YUNG, SC BESSEIN, V HINGORANI, NC CLEMENTS, AA CARUSO. Idiopathic hemothorax. *Chest* 1993; 103: 638-39.
2. JH KARLAWISH, GW SMITH, EW GABRIELSON, MC LIU. Spontaneous hemothorax caused by a chest wall chondrosarcoma. *Ann Thorac Surg* 1995; 59: 231-33.
3. SH CHOU, YJ CHENG, EL KAO, CY CHAI. Spontaneous haemothorax: an unusual presentation of primary lung cancer. *Thorax* 1993; 48: 1185-86.
4. BA FERENCÉ, TM SHANNON, RI WHITE, M ZAWIN, CMBURDGE. Life-threatening pulmonary hemorrhage with pulmonary arteriovenous malformations and hereditary hemorrhagic telangiectasia. *Chest* 1994; 106: 1387-90.
5. RO SLIND, JR RODARTE. Spontaneous hemothorax in an otherwise healthy young man. *Chest* 1974; 66: 81.
6. JP KUPFERSCHMID, DM SHAHIAN, AG VILLANUEVA. Massive hemothorax associated with intrathoracic extramedullary hematopoiesis involving the pleura. *Chest* 1993; 103: 974-75.
7. MK SHEPARD, MC MANCINI, GD CAMPBELL, R GEORGE. Right-sided hemothorax and recurrent abdominal pain in a 34-year-old woman. *Chest* 1993; 103: 1239-40.
8. MS HERRIDGE, AL HOYOS, C CHAFARRO, TL WINTON, S KESTEN, JR MAURER. Pleural complications in lung transplant recipients. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1995; 110: 22-26.