

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.

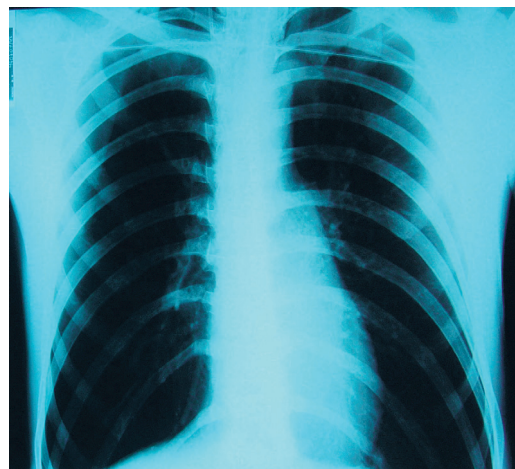


Fig. 1 – Telerradiografia do tórax inicial em incidência PA com sinais de insuflação

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.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4214418>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4214418>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)