

Hemopneumotórax espontâneo: uma rara entidade clínica*

MÁRCIA THOMSON¹, EDUARDO SAHÃO², JOÃO CARLOS THOMSON³

Hemopneumotórax espontâneo com sangramento intenso é considerado uma rara complicação do pneumotórax espontâneo. São apresentados dois casos com história aguda de dor torácica e dispnéia, tendo a radiografia de tórax revelado pneumotórax com nível líquido. Os dois casos foram drenados e evoluíram com sangramento, sendo submetidos à toracotomia exploradora. Em um caso foi encontrado vaso anômalo da artéria subclávia direita e, no outro caso, sangramento das aderências rompidas. Ambos os casos tiveram boa evolução no pós-operatório. (*J Pneumol* 2000;26(5):263-265)

Spontaneous hemopneumothorax: a rare clinical entity

Spontaneous hemopneumothorax with massive bleeding is considered a rare complication of spontaneous pneumothorax. The authors describe two patients with acute chest pain and dyspnea; the chest X-ray showed pneumothorax and pleural effusion. The two cases were submitted to thoracic drainage and presented important bleeding; thoracotomy was performed and in the first case an aberrant vessel was found, and in the second case the source of bleeding was rupture of pleural adherence. The post-operative evolution had no incidents in either case.

Descritores – Pneumotórax. Ruptura espontânea. Hemopneumotórax.

Key words – Pneumothorax. Hemopneumothorax. Spontaneous rupture.

INTRODUÇÃO

Hemopneumotórax com sangramento importante ocorre em 1 a 12%^(1,2) dos casos de pneumotórax espontâneo e geralmente resulta da ruptura de um pequeno vaso localizado nas aderências entre a pleura visceral e parietal⁽¹⁾.

A presença de vaso aberrante como causa do sangramento é considerada uma entidade clínica muito rara⁽³⁾.

O objetivo deste trabalho é apresentar dois casos de pneumotórax espontâneo com evolução atípica, decor-

rente do sangramento persistente através da drenagem torácica.

DESCRIÇÃO DOS CASOS

Caso 1 – Homem branco, de 28 anos, foi admitido no pronto-socorro com história aguda de duas horas de dor torácica associada com dispnéia e sinais de hipovolemia, hipotensão, taquicardia, tendo a radiografia de tórax revelado pneumotórax com um nível líquido no hemitórax direito (Figura 1). Foi submetido à drenagem torácica com saída de ar e 800ml de líquido hemorrágico. A avaliação constante revelou sangramento persistente, com volume em duas horas de 1.000ml de sangue.

Foi realizada toracotomia lateral direita e um sangramento ativo foi localizado em uma pequena artéria aberrante da artéria subclávia direita, que foi ligada. Além da ligadura, foi realizada sutura de uma *bleb* no ápice do pulmão direito e pleurectomia parcial apical.

A evolução pós-operatória foi sem intercorrências (Figura 2).

Caso 2 – Homem branco, de 33 anos, deu entrada no pronto-socorro com dor torácica e dispnéia havia poucas horas. A radiografia de tórax revelou pneumotórax esquerdo com nível líquido. Imediatamente foi submetido à drenagem torácica esquerda com saída de ar e 1.000ml de líquido hemorrágico. A radiografia de tórax realizada três horas após revelou expansão pulmonar parcial e uma

* Trabalho realizado no Departamento de Clínica Cirúrgica do Centro de Ciências de Saúde da Universidade Estadual de Londrina.

1. Médica Residente, Incor-FMUSP.

2. Médico do Hospital Evangélico de Londrina.

3. Professor Associado de Cirurgia Torácica do Departamento de Clínica Cirúrgica do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, PR.

Endereço para correspondência – João Carlos Thomson, Av. Robert Koch, 60 – Cervejaria – 86038-440 – Londrina, PR.

Recebido para publicação em 29/2/00. Reapresentado em 15/5/00. Aprovado, após revisão, em 7/6/00.



Figura 1 - Raio X inicial

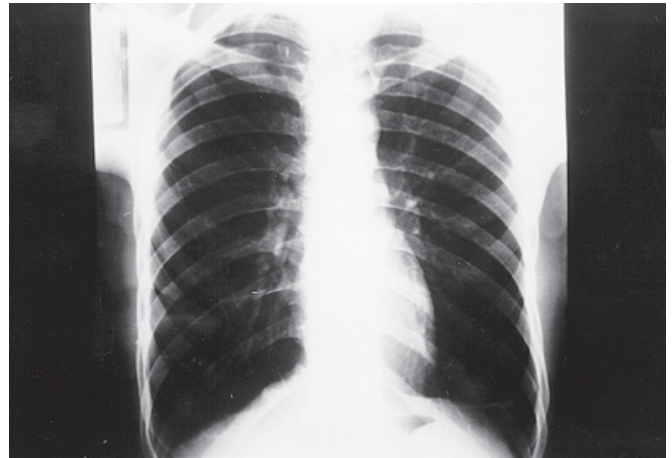


Figura 2 - RX de tórax na alta

reação pleural importante; pelo dreno de tórax havia saída de um líquido de cor escura, além de coágulos em regular quantidade.

A evolução de 24 horas não mostrou alteração do quadro e a radiografia de tórax de controle mostrou a não reexpansão pulmonar e uma reação pleural mais intensa. Foi indicada uma toracotomia esquerda, que revelou grande quantidade de coágulos na cavidade pleural e aderências rotas em ápice do lobo superior esquerdo com discreto sangramento. Foi realizada a hemostasia das aderências, ressecção e sutura da *bleb* no ápice do lobo superior esquerdo e pleurectomia parcial apical.

Apresentou evolução pós-operatória sem intercorrências.

COMENTÁRIOS

Pneumotórax é definido como acúmulo de ar no espaço pleural; a causa mais comum de um pneumotórax espontâneo primário é a ruptura de uma *bleb* apical subpleural⁽⁴⁾.

Uma pequena efusão pleural, que às vezes contém sangue, é freqüentemente vista, mas sangramento importante ou coágulos em quantidade razoável seguidos ao pneumotórax espontâneo são incomuns na prática diária. A incidência relatada na literatura varia de 1 a 12% de todos os casos de pneumotórax espontâneo⁽⁵⁾.

O sangramento (hemotórax) resulta mais freqüentemente da ruptura de pequenos vasos localizados nas aderências entre a pleura visceral e a parietal (caso 2)⁽¹⁾.

QUADRO 1

Relato dos casos de hemopneumotórax espontâneo publicados nos últimos cinco anos

Ano	Autor	Periódico	País	Nº de casos	Tratamento
1995	Sasai T, Shioda M	Kyobu Geka 48, 337-339	Japão	4	Toracotomia
1995	Suga M <i>et al.</i>	Kyobu Geka 48, 513-515	Japão	1	Toracotomia
1995	Kolarov I <i>et al.</i>	Khirurgia 48, 8-11	Bulgária	7	Toracotomia
1996	Ojika T <i>et al.</i>	Kyobu Geka 49, 199-201	Japão	9	Toracotomia
1996	Tatebe S <i>et al.</i>	Ann Thorac Surg 62, 1011-1015	Japão	10	VATS*, toracotomia
1996	Downton SB <i>et al.</i>	Clin Gen 50, 510-514	EUA	1	-
1996	Konobu T <i>et al.</i>	Kyobu Geka 50, 425-427	Japão	1	VATS* + toracotomia
1997	Tatebe S <i>et al.</i>	Surg Laparosc Endosc 7, 113-115	Japão	1	VATS*
1997	Muraoka M <i>et al.</i>	Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi 45, 1028-1033	Japão	2	Toracotomia
1997	Konobu T <i>et al.</i>	Kyobu Geka 50, 796-799	Japão	1	Toracotomia
1998	Hsu NY <i>et al.</i>	World J Surg 22, 23-26	China	11	VATS*
1998	Baba M <i>et al.</i>	Kyobu Geka 51, 970-973	Japão	1	-
1998	Horio H <i>et al.</i>	Jpn J Thorac Cardio Surg 46, 987-991	Japão	8	VATS* e toracotomia
1999	Liu HP <i>et al.</i>	World J Surg 23, 1133-1136	China	13	VATS*
1999	Yamauchi H <i>et al.</i>	Kyobu Geka 52, 965-968	Japão	1	VATS* + toracotomia

* VATS - video-assisted thoroscopic surgery

Fonte: <http://gateway.ovid>

data: 28/4/2000

A presença de um vaso aberrante como causa de sangramento (caso 1) é considerada como uma rara entidade clínica. Foi relatado em 1993 por Muraguchi *et al.*⁽³⁾, que demonstraram a importância clínica de um diagnóstico precoce e tratamento rápido desta entidade mórbida. Esses autores⁽³⁾ consideram como indicações para a toracotomia: a) sangramento persistente de mais que 4ml/kg/h por três horas ou 3ml/kg/h por mais que cinco horas ou 1ml/kg/h por 12 horas; b) sangramento recorrente; c) choque hipovolêmico; d) reexpansão parcial do pulmão devido à maciça perda de ar ou grande quantidade de coágulo sanguíneo no espaço pleural; e) a presença de um vaso anômalo suspeitado por uma “sombra” na radiografia de tórax.

Baas e Stam⁽⁵⁾ mostraram que a mortalidade do hemopneumotórax foi de 14% e que o óbito ocorria preferencialmente durante as primeiras 48 horas, o que reafirma a importância de diagnóstico precoce e monitorização constante nos pacientes com pneumotórax espontâneo^(6,7).

Em relação aos dois pacientes estudados, verificamos que a monitorização foi constante e ambas as indicações de toracotomia estão baseadas nas de Muraguchi *et al.*⁽³⁾, como o sangramento persistente no 1º caso e a falta de reexpansão pulmonar com coágulos no 2º, tendo ambos evolução favorável⁽⁸⁾.

Em ambos os pacientes, em virtude da evolução relativamente rápida e o volume do sangramento, não se pen-

sou na possibilidade de usar a videopleuroscopia como método terapêutico⁽⁹⁾.

No Quadro 1 colocamos a experiência sobre hemopneumotórax espontâneo nos últimos cinco anos.

REFERÊNCIAS

1. Beauchamp G. Spontaneous pneumothorax and pneumomediastinum. In: Pearson FG, Deslauriers J, Ginsberg RJ, Hiebert CA, McKneally MF, Urschel Jr HC, eds. Thoracic surgery. 1st ed. New York: Churchill-Livingstone, 1995;1037-1054.
2. Sasai T, Shioda M. Treatment and etiology of spontaneous hemopneumothorax. *Kyobu Geka* 1995;48:337-339.
3. Muraguchi T, Tsukioka K, Hirata S, et al. Spontaneous hemopneumothorax with aberrant vessels found to be the source of bleeding: report of two cases. *Surg Today* 1993;23:1119-1123.
4. Fry WA, Paape K. Pneumothorax. In: Shields TW, ed. General thoracic surgery. 4th ed. Illinois: Williams & Wilkins, 1994;662-673.
5. Baas P, Stam J. Spontaneous hemopneumothorax: a rare clinical entity. *Eur Respir J* 1991;4:1027-1028.
6. Kimura B, Kidokoro T, Hashizume M, Tokimitsu S, Takaoka K, Oishi F, Murata Y. 11 operated cases of spontaneous hemopneumothorax. *Kyobu Geka*, 1994;47:822-824.
7. Suga M, Yuasa H, Mochiji M, Akaogi E. A case of spontaneous hemopneumothorax occurred after thoracocentesis. *Kyobu Geka* 1995;48:513-515.
8. Miyamoto H, Masaoka T, Hayakama K, Hata E. Minor thoracotomy for the treatment of spontaneous pneumothorax. *Kyobu Geka* 1992;45:311-315.
9. Massard G, Thomas P, Wihlm JM. Minimally invasive management for first and recurrent pneumothorax. *Ann Thorac Surg* 1998;66:592-599.