

Traumatismo aberto da laringe por facada - Caso clínico

Open laryngeal trauma by stab – Clinical case

J. Barosa • P. Gonçalves • P. Tomé • J.C. Ribeiro • J. Miguéis • A. Paiva

RESUMO

Objectivos – Apresentação de caso clínico de jovem sujeita a traumatismo aberto da laringe, por facada, sujeito a reconstrução cirúrgica.

Desenho do estudo – Caso clínico.

Material e métodos – Caso clínico de jovem de 25 anos sujeita a ferimento que seccionava na totalidade a laringe cerca de 3 mm acima do plano glótico. O tratamento consistiu em reconstrução cirúrgica. Foi efectuada revisão da literatura sobre tratamento cirúrgico de trauma aberto da laringe.

Resultados – A evolução pós-operatória foi favorável. A doente iniciou dieta oral 10 dias após a cirurgia e a cânula de traqueotomia foi retirada ao 14º dia. Aquando da alta não apresentava ausência de dispneia, ligeira aspiração de líquidos e disфонia moderada. Em consulta 1 ano após cirurgia a doente não apresenta qualquer sequela (dispneia, disфонia ou disfagia).

Conclusões – O tratamento de primeira escolha no trauma aberto da laringe é a reconstrução cirúrgica. No caso relatado o tratamento foi bem sucedido.

Palavras-chave: Traumatismo aberto da laringe, Facada

ABSTRACT

Objectives – To present a successful case of a young female patient who underwent surgical reconstruction because of open laryngeal stab wound.

Study design – Clinical case.

Materials and Methods – Case report of a female patient, aged 25, who had a stab wound that transected the larynx, about 3 mm above the glottis. Meticulous laryngeal surgical reconstruction was executed. The pertinent literature about open laryngeal trauma surgical treatment is reviewed.

Results - Postoperative course was favorable.

The patient started oral feeding 10 days after surgery and tracheotomy cannula was removed 14 days after surgery without incidents.

At the time of clinical discharge the patient showed no dyspnea, had a subtle liquids aspiration and mild dysphonia. After 1 year, the patient had no limitations (no dyspnea, dysphonia or aspiration).

Conclusions - The first choice treatment in extended open wounds of the larynx is surgical reconstruction. The case report treatment was successful.

INTRODUÇÃO

O trauma laríngeo é uma situação rara e potencialmente letal.¹

Estima-se que aconteça um episódio em cada 22 900 episódios de urgência.²

As mulheres são mais propensas a este tipo de trauma (principalmente na zona supraglótica) pelo facto de apresentarem um pescoço mais fino e longo. No entanto, este tipo de ferimentos surge com maior frequência em homens (77%), devido ao maior envolvimento destes em desportos de contacto e situações violentas.²

A maioria dos pacientes recorre ao serviço de urgência em menos de 24 horas após a lesão.²

O diagnóstico rápido, correcta avaliação e tratamento apropriado são fundamentais.²

Em alguns casos o diagnóstico de lesão laríngea é retardado pela aparente normalidade do estado do doente ou pela elevada gravidade da sua situação (abordagem inicial feita por equipas de emergência que não englobam médicos Otorrinolaringologistas e que focam a atenção em outras lesões graves).²

Nos casos de trauma cervicotorácico grave a lesão laringotraqueal associada deve ser excluída.³

As lesões que mais frequentemente surgem associadas

João Barosa
Interno ORL - Serviço ORL HUC CHUC

Paulo Gonçalves
Assistente hospitalar ORL - Serviço ORL HUC CHUC

Pedro Tomé
Assistente hospitalar graduado ORL - Serviço ORL HUC CHUC

João Carlos Ribeiro
Assistente hospitalar ORL - Serviço ORL HUC CHUC

Jorge Miguéis
Assistente hospitalar graduado ORL - Serviço ORL HUC CHUC

António Paiva
Diretor de serviço ORL - Serviço ORL HUC CHUC

Correspondência:
Nome João Barosa
Morada Serviço ORL HUC CHUC Praceta Mota Pinto 3000 Coimbra Portugal
Telefone 239 400 400
Fax 239 482 876
Email jpbbarosa@gmail.com

Suportes financeiros ou bolsas: Nenhum

a trauma laríngeo nos Estados Unidos da América incluem: lesões intra-cranianas (13%), ferimentos cervicais abertos (9%), fraturas coluna cervical (8%) e lesões esofágicas (3%).²

A lesão pode surgir em contexto de inalação ou ingestão de tóxicos, acidente de viação, desportos de contacto¹ e quadros de violência (tentativas de estrangulamento, facada, tiro de arma de fogo e contusão direccionada à zona cervical anterior por objecto rígido).

Nos casos de trauma direto a lesão laríngea surge quer pelo trauma propriamente dito, quer compressão contra as vértebras cervicais.⁴

O número de casos reduziu-se francamente desde o início da obrigatoriedade da utilização do cinto de segurança e “airbags” nos automóveis.²

O trauma laríngeo pode ser subdividido em trauma aberto e fechado e trauma *minor* ou *major*.

O trauma laríngeo pode ser reconhecido pela tríade de sinais que engloba: 1. Disfonia; 2. Enfisema subcutâneo; 3. Fratura pálpavel.⁵

A tomografia computadorizada é útil na caracterização, principalmente nos traumatismos fechados.²

O trauma laríngeo aberto é uma situação menos frequente do que o fechado, sendo escassos os casos relatados a nível mundial.

Nestas situações a prioridade é assegurar via aérea conveniente.¹

O tratamento dificilmente pode ser alvo de protocolização dada a pouca frequência dos casos e a grande variabilidade da extensão das lesões.

A título muito generalista poder-se-á dizer que o tratamento nos ferimentos fechados é tendencialmente conservador e no caso de ferimentos abertos tendencialmente cirúrgico.

O tratamento almeja assegurar a via aérea e em segunda linha permitir uma fonação e deglutição eficientes.

O objectivo deste trabalho é a apresentação de um caso clínico de um paciente sujeito a facada na região cervical, do qual resultou traumatismo aberto da laringe e revisão da literatura respectiva.

DESCRIÇÃO DO CASO

O caso clínico em causa corresponde a paciente do sexo feminino, 25 anos internada há 24 horas em Serviço de Medicina Intensiva.

A paciente apresentava traumatismo cervical aberto, efectuado por provável facada, encerrada inicialmente no bloco operatório do serviço de urgência do hospital distrital, pela equipa de Cirurgia Geral.

No bloco operatório de Otorrinolaringologia a doente apresentava ferida incisa cervical horizontal, ligeiramente descentrada à direita, a nível do plano infrahiodeu, com cerca de 12 cm de largura.

A paciente encontrava-se entubada e ventilada através de cânula de traqueotomia inserida a nível medial da ferida cervical.

Inicialmente, foi realizada traqueotomia infraístmica

baixa (a nível do 4º anel traqueal) e laringoscopia sob suspensão que revelou laceração a nível da mucosa do seio piriforme direito. Colocou-se sonda nasogástrica.

Na exploração da ferida cirúrgica, encontrou-se um ferimento que seccionava na totalidade a laringe (cartilagem tiróide) cerca de 3 mm acima do plano glótico, assim como, a mucosa de ambos os seios piriformes, deixando intacta a parede posterior da hipofaringe. Além disso, o músculo esternocleidomastoideu à direita apresentava secção parcial. O rolo vasculo-nervoso cervical (carótida, jugulares interna e vago) não apresentava qualquer dano. (Figura 1.)

FIGURA 1

Simulação de lesão em modelo suíno

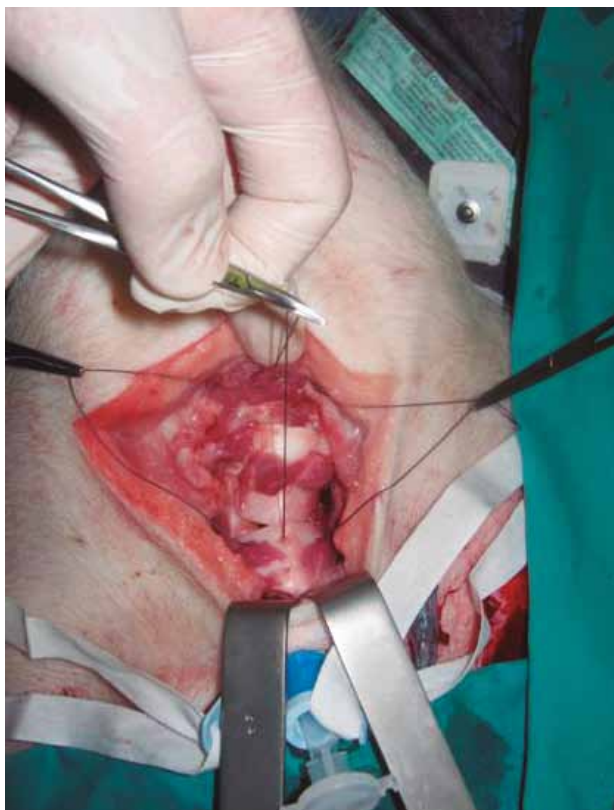


A reconstrução cirúrgica foi efectuada do seguinte modo (tendo por base a técnica cirúrgica da cricohipoepiglottopexia): (Figuras 2 e 3)

1. Isolamento do corpo do osso hióide para obtenção de local de ancoragem do esqueleto laríngeo.
2. Foram passados 5 fios de sutura Vicryl® 0, tangentes superiormente ao plano glótico e superiormente ao corpo do osso hióide
3. Encerramento directo dos fios de sutura Vicryl® 0, dois a dois no caso dos fios laterais (fio medial a fixar o pé da epiglote).
4. Encerramento da mucosa de ambos os seios piriformes com pontos isolados Vicryl® 3.0.
5. Sutura dos bordos livres do músculo esternocleidomastoideu direito com pontos de sutura isolados Vicryl® 3.0.
6. Colocado dreno não aspirativo inferior à sutura à direita.
7. O restante encerramento foi efectuado em dois planos (plano muscular e subcutâneo com Vicryl® 3.0 e agrafos no plano cutâneo).

FIGURA 2

Simulação de reconstrução cirúrgica em modelo suíno

**FIGURA 3**

Simulação de reconstrução cirúrgica final em modelo suíno



A antibioterapia administrada foi: Clindamicina (D1 a D4), Ciprofloxacina (D4 a D8) e Piperacilina + Tazobactam (D4 a D10). A doente foi mantida em regime de cuidados intensivos por 7 dias, mantida preferencialmente em flexão da coluna cervical, com o intuito de redução ao mínimo dos movimentos cervicais.

O dreno cervical foi retirado 48h pós-cirurgia.

Ao 8º dia pós-operatório a doente foi transferida para a enfermaria de Otorrinolaringologia onde se manteve internada por 14 dias, com apoio intenso de terapia da fala.

A laringoscopia pós-operatória observou normal mobilidade de ambas as cordas vocais, com moderada aspiração de alimentos pastosos.

A doente iniciou alimentação oral 10 dias após cirurgia e a cânula de traqueotomia foi retirada 14 dias após a cirurgia. (Figura 4.)

FIGURA 4

Imagem após remoção de cânula de traqueotomia



No momento da alta clínica a doente apresentava-se sem dispneia, com aspiração ligeira para líquidos e disfonia moderada.

A evolução posterior foi francamente favorável.

Em consulta 1 ano após o sucedido não apresentava qualquer limitação nas atividades da vida diária (sem dispneia, sem disfonia e sem aspiração).

DISCUSSÃO

Os traumatismos laríngeos abertos são situações muito raras, que podem por em causa a vida do paciente¹, por compromisso da via aérea.

Os casos relatados na literatura científica mundial são escassos.

As feridas por facada normalmente não envolvem grande perda de substância, no entanto podem estar associadas a laceração da membrana cricotiroideia e lesão vasculo-nervosa distante da ferida.¹

A dispersão dos casos, da informação científica e da experiência cirúrgica leva a que o tratamento seja aplicado caso a caso, com poucas linhas orientadoras.

No que toca à terapia médica esta aplica-se fundamentalmente aos trauma *minor* e consiste em: vigilância clínica, repouso vocal, corticoterapia, antibioterapia e nebulizações com soro fisiológico,² elevação da cabeceira e administração de medicação antirefluxo.

O tratamento cirúrgico de ferimentos abertos da laringe deve reger-se pelas seguintes prioridades:

1. Realização de traqueotomia cervical baixa (4º ou 5º anel traqueal), de modo a assegurar via aérea que não interfira com o campo cirúrgico reconstutivo. Existe

controvérsia neste item, uma vez que há artigos que defendem que em contexto de emergência antes da traqueotomia se deve tentar entubação orotraqueal/cricotiroidotomia.^{2,5} Os autores discordam desta última abordagem.

2. Colocação de sonda nasogástrica para evitar problemas associados à alimentação oral (conspuração adicional do campo cirúrgico) e parenteral.

3. Exploração da ferida com reconstrução meticulosa de todas as estruturas afectadas, nomeadamente: laringe, faringe, esófago, vasos e nervos cervicais (atenção especial no que toca aos nervos recorrentes). O timing desta exploração não é consensual uma vez que há artigos que defendem intervenção imediata e outros que recomendam que se aguardem entre 4 a 5 dias.²

Durante a reconstrução laríngea deve considerar-se a necessidade de colocação de “stent” laríngeo, principalmente no trauma *major*.² No caso em análise não foi utilizado, pela destruição de tecido em causa não o justificar.

Relativamente ao acompanhamento pós-cirúrgico, este deve ser particularmente atento no que toca a:

1. Prestar repetidamente informação adequada a pessoal de enfermagem, familiares e paciente, sobre o procedimento cirúrgico realizado, eventuais complicações (obstrução da via aérea, disфонia e problemas de deglutição) e a necessidade da total colaboração no período pós-operatório para minimização de sequelas.

2. Manutenção da flexão cervical pelo máximo tempo possível (decúbito dorsal com uso de várias almofadas).

3. Relaxamento muscular adequado (incluindo o uso de benzodiazepinas).

4. Evição de movimentos cervicais abruptos.

5. Início tardio de alimentação oral, com treino de deglutição prévio com terapeuta da fala.

Todas estas medidas têm o intuito de manter as estruturas reconstruídas sem tensão e sem contaminação optimizando o período de cicatrização, reduzindo o impacto das complicações.

As complicações associadas ao trauma laríngeo (aberto e fechados) são a obstrução da via aérea, disфонia e problemas de deglutição.

A obstrução da via aérea prende-se com quadros de estenose laringo-traqueal, que se podem tentar contornar com a colocação de “stents” laríngeos ou traqueais ou mesmo através da manutenção a longo prazo de traqueotomia.

A disфонia está associada a lesões dos nervos recorrentes ou lesão directa das cordas vocais, dos músculos vocais e/ou da articulação cricoaritenóideia. Qualquer das lesões deve ser reconstruída com o máximo de precisão. Os problemas de deglutição podem englobar quadro de disfagia ligeira, aspiração de alimentos e fístulas (faringocutâneas, esofagocutâneas, faringolaríngeas, traqueoesofágicas). Mediante a gravidade estes quadros podem ser tratados com sessões de terapia

da fala, utilização de espessante alimentar e evição de líquidos, manutenção da traqueotomia, realização de gastrostomia e eventuais revisões cirúrgicas.

A paciente em causa apresentou sequelas a curto prazo que se resolveram a médio/longo prazo.

Agradecimentos

Agradece-se a colaboração do Serviço de Medicina Intensiva dos HUC CHUC.

Referências bibliográficas

1. Noorizan Y, Chew Y, Khir A, Brito-Mutunayagam. A complete transection of the Larynx. Med J Malaysia. 2009; 64:179-180.
2. Akhtar S, Awan S. Laryngotracheal trauma: its management and sequelae. J Pak Med Assoc. 2008 May;58 (5):241-3.
3. Valerio P, Ivan M, Francisco R, Ureña A et al. Survival after traumatic complete laryngotracheal transection. Am J Emerg Med. 2008 Sep;26 (7):837.e3-4
4. Briassoulis G, Fitrolaki MD, Mihailidou E, Spanaki AM. Unexpected supraglottic injury following a frontal impact motor-vehicle accident. Arch Dis Child April 2008 Vol 93 No 4, 345.
5. American college of surgeons committee on trauma. Airway and ventilator management. In: Advanced trauma life support for doctors. 8th ed. Chicago:2008; p 27