

Acidente com Lápis num Lactente – Um Caso Clínico

ALEXANDRA CARVALHO, ISABEL FERNANDES, ROSALINA VALENTE, LURDES VENTURA,
MARIA DO CARMO VALE, CARLOS VASCONCELOS

*Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP)
Hospital de Dona Estefânia (HDE) – Lisboa*

Resumo

Os traumatismos da orofaringe com objectos ponteagudos são situações frequentes na infância. Quando destes traumatismos resultam feridas perfurantes, podem surgir complicações graves na ausência de tratamento intensivo e precoce.

Os autores descrevem um caso clínico de uma criança de 13 meses, previamente saudável, que sofreu um traumatismo a nível da orofaringe com um lápis, do qual resultou uma ferida perfurante que foi a porta de entrada para a progressão da infecção, tendo resultado num quadro de Mediastinite Aguda.

Palavras-Chave: Traumatismo, Oorfaringe, Ferida Perfurante, Mediastinite Aguda, Drenagem Cirúrgica.

Summary

Accident with a Pencil in an Infant – Clinical Case

The oropharyngeal trauma with sharp objects are frequent situations in infancy. When after these trauma perforating wounds occur, serious complications may appear in the absence of an intensive and early treatment.

The authors describe a clinical case of a 13 months old child, previously healthy, that suffered a trauma at the oropharyngeal level with a pencil, resulting in a perforating wound, which was the entrance door to the infection progression, having then resulted an Acute Mediastinitis.

Key-Words: Trauma, Oropharynx, Perforating Wound, Acute Mediastinitis, Surgical Draining.

Correspondência: Dr. Carlos Vasconcelos

UCIP
Hospital de Dona Estefânia
Rua Jacinta Marto
1150 Lisboa

Aceite para publicação em 23/03/2002.
Entregue para publicação em 11/12/2001.

Introdução

A Mediastinite Aguda é uma doença pouco frequente mas potencialmente devastadora se não for tratada de forma intensa e precoce⁽¹⁻³⁾.

A maioria dos casos de Mediastinite resultam de perfuração do esôfago ou de focos infecciosos localizados no percoço que progridem para o mediastino^(1, 2, 4). Na criança, estas infecções no pescoço têm muitas vezes origem num traumatismo da orofaringe com objectos ponteagudos⁽⁵⁻⁷⁾.

Os autores apresentam um caso clínico de traumatismo a nível da orofaringe com ferida perfurante, no qual houve progressão da infecção, do pescoço para o mediastino. A evolução clínica foi arrastada, com grande dificuldade no controlo do processo infeccioso, tendo sido necessárias múltiplas intervenções cirúrgicas.

Caso Clínico

Criança de 13 meses, sexo masculino, raça negra, sem antecedentes familiares ou pessoais relevantes, que sofreu accidentalmente uma ferida perfurante da orofaringe com um lápis. Recorreu de imediato ao Serviço de Urgência do Hospital da sua área de residência, onde após observação tem alta para o domicílio medicado com um anti-inflamatório não esteróide (ibuprofeno).

Cerca de duas horas depois apresentava edema da região submaxilar direita e subauricular ipsilateral, com enfisema subcutâneo cervical e pneumomediastino anterior (Fig. 1).

Foi transferido para a nossa Unidade. À entrada estava apirético, hemodinamicamente estável, sem sinais de dificuldade respiratória nem hemorragia activa a nível da orofaringe.

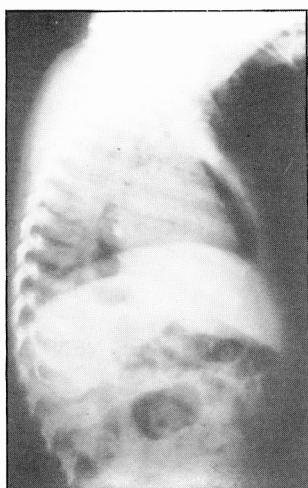


FIG. 1 – Teleradiografia do tórax. Pneumomediastino anterior.

Laboratorialmente: sem anemia ($GV=5,39 \times 10^6/\text{ml}$; $Hb=12 \text{ g/dl}$); sem leucocitose ($GB=8.450/\text{ml}$); discreta neutrofilia ($N=79,2\%$); PCR aumentada ($4,1 \text{ mg/dl}$); gasimetria normal.

A teleradiografia do pescoço mostrou enfisema subcutâneo (Fig. 2).

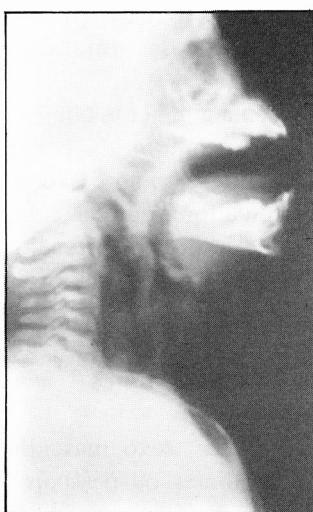


FIG. 2 – Teleradiografia do pescoço. Enfisema subcutâneo.

A laringoscopia confirmou a existência de laceração da parede posterior da faringe com abaulamento e redução do calibre da via aérea em 50%, pelo que foi efectuada entubação orotraqueal electiva e iniciada ventilação mecânica.

A tomografia axial computorizada cervicofacial confirmou a presença de laceração da parede postero-lateral direita da orofaringe, associada a volumosa colecção gasosa retrofaríngea e paramediana direita (Fig. 3). É instituída antibioterapia empírica.



FIG. 3 – Tomografia axial computorizada cervico facial. Colecção gasosa retrofaríngea.

Ao 3.^º dia de internamento houve agravamento clínico da situação, com aparecimento de sialorreia, protusão da língua, febre, edema da parede torácica e aumento dos sinais inflamatórios da região submentoniana e do pescoço, verificando-se concomitantemente leucocitose com neutrofilia ($GB=15.960/\text{ml}$; $N=81,2\%$) e aumento da PCR para $24,8 \text{ mg/dl}$.

A tomografia axial computorizada (TAC) cervical e torácica mostrou a presença de uma colecção de líquido não puro com algum componente aéreo, mal delimitada, prolongando-se para o mediastino superior e médio (Fig. 4).

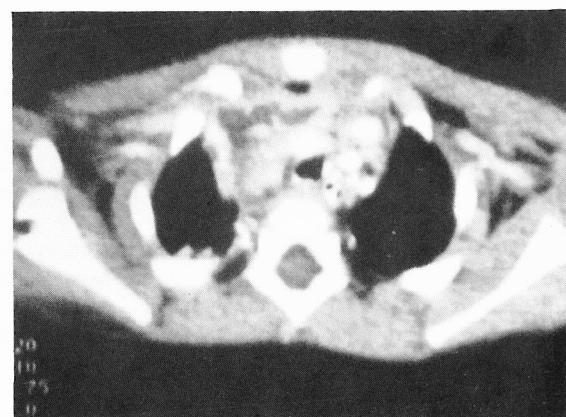


FIG. 4 – Tomografia axial computorizada cervical e torácica. Colecção com componente líquido e aéreo no mediastino.

Foi submetida a intervenção cirúrgica, na qual se realizou cervicotomia supraesternal e colocação de drenos cervicais e retroesternal.

As hemoculturas realizadas foram sempre negativas, mas no exame cultural do pús da região cervical e do mediastino foi isolada uma *Pseudomonas aeruginosa*, tendo-se então ajustado a antibioterapia de acordo com o antibiograma.

A evolução clínica do processo infeccioso foi arrastada com necessidade de várias explorações cirúrgicas do mediastino e da região cervical, pela coexistência de processo de fasceíte. Conseguiu-se estabilização clínica e laboratorial da situação cerca do 35.^º dia de internamento.

Esteve ventilado durante 28 dias (3.^º e 31.^º dia) com parâmetros mínimos «fisiológicos», manteve linha arterial durante 14 dias (5.^º ao 19.^º dia) e cateter venoso central durante 32 dias (5.^º ao 37.^º dia), não tendo havido complicações relacionadas com a ventilação mecânica nem com os cateteres vasculares. Manteve drenagem cervical e mediastínica durante 22 dias (6.^º ao 28.^º dia).

Teve alta ao quinquagésimo dia de internamento, clínica e laboratorialmente bem, tendo realizado, antes da alta, estudos audiométrico, oftalmológico e da função tiroideia, que foram normais.

Discussão

Os traumatismos acidentais da cavidade oral são situações frequentes nas crianças^(3, 5, 7). Na maioria destes traumatismos a cura é espontânea^(3, 5), no entanto quando o traumatismo origina uma ferida perfurante podem surgir complicações graves^(3-5, 7), algumas vezes fatais, na ausência de tratamento intensivo e precoce^(5, 6).

As lesões mais graves são as da região postero-lateral da orofaringe⁽⁵⁾, porque são as que se associam mais frequentemente a complicações: acesso retrofaríngeo, fasceíte necrosante do pescoço com mediastinite descendente, enfisema e trombose da artéria carótida interna^(3-5, 7).

O caso clínico apresentado é um exemplo de uma das complicações referidas das feridas perfurantes da face postero lateral da orofaringe (mediastinite descendente necrotizante).

O mediastino é um espaço extra pleural da cavidade torácica. As infecções do mediastino são pouco frequentes podendo-se distinguir duas formas de apresentação: a mediastinite aguda, que pode evoluir para processo séptico fulminante e a mediastinite crónica, infecção arrastada com sintomatologia tardia^(1, 2).

A progressão de uma infecção com origem na cavidade bucal ou no pescoço para o mediastino é facilitada pela contiguidade e pelas características anatómicas das fascias que envolvem estas estruturas^(1, 2, 5, 6).

Existem alguns aspectos anátómicos importantes a considerar: a fascia prévertebral divide-se em 2 folhetos na face anterior das vértebras, o folheto anterior ou alar,

que se funde com o tecido conjuntivo na parte posterior do esófago, delimitando o espaço retrofaríngeo e o folheto posterior ou prévertebral; o espaço dorsal, entre estes 2 folhetos da fascia prévertebral (Danger Space), estende-se da base do crânio até ao diafragma e parece ser a via mais importante para a progressão da infecção^(1, 2, 5). A mediastinite aguda é habitualmente secundária à propagação de infecção ou a traumatismo directo sendo rara a infecção primária^(1, 2).

Segundo alguns autores^(1, 2) as causas podem-se agrupar em quatro grupos: perfurações do esófago, infecções do pescoço ou da cabeça, infecções com origem noutro local (ex.: pneumonia, pancreatite) e cirurgia cardíaca.

As bactérias mais frequentes na infecção supurativa com origem na cavidade oral são: o Streptococo β hemolítico do grupo A e as bactérias anaeróbicas, habitualmente existentes na flora da orofaringe^(1, 2, 4, 7).

No caso de traumatismos da cavidade oral com ferida perfurante os sintomas iniciais podem ser incipientes^(3, 5) e é necessário um alto índice de suspeição clínica, devendo sempre ser considerado na presença de edema do pescoço e tórax, toxicidade sistémica e obstrução das vias aéreas^(4, 5, 7).

Perante história de trauma e nível da orofaringe é importante realizar uma teleradiografia lateral do pescoço, pois permite em caso de perfuração mostrar a presença de ar retrofaríngeo^(3, 6). Em caso de suspeita de mediastinite a teleradiografia do tórax não é o exame de eleição, só a tomografia axial computorizada pode confirmar o diagnóstico e permitir a correcta avaliação da extensão da infecção^(1, 6).

A avaliação da eficácia terapêutica no controlo do processo infeccioso e a decisão quanto à necessidade de eventuais intervenções cirúrgicas são determinadas pela realização de tomografias axiais computorizadas seriadas⁽⁴⁾.

Existe consenso de que a terapêutica ideal destas situações consiste na instituição precoce de antibioterapia de largo espectro e nas drenagens cirúrgicas do pescoço, tórax e mediastino. A drenagem cervical isolada não é, a maior parte das vezes, suficiente para o controlo da infecção^(1, 2, 6).

Conclusão

Os autores salientam a importância da valorização dos sinais precoces de infecção nas situações de feridas perfurantes da orofaringe.

No caso clínico apresentado foi evidente a progressão do processo infeccioso do pescoço para o mediastino.

A realização de TAC seriadas permite um bom controlo impiológico destas situações.

No caso clínico apresentado, bem como em todos os casos de mediastinite, a terapêutica consiste na instituição de antibioterapia de largo espectro juntamente com a terapêutica cirúrgica precoce que consiste em várias drenagens do pescoço e tórax.

Bibliografia

1. Rupp EM, Gordon LA. Mediastinitis. In: Mandel G, Bennett J, Dolin R eds. Principles and Practice of Infectious Diseases. 4th ed. London: Churchill Livingstone. 1995; 814-8.
2. Bartlett J. Mediastinitis. In: Feigin R, Cherry J eds. Textbook of Pediatric Infectious Disease. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1998; Vol. 1: 395-9.
3. Smyth DA, Fenton J, Timon C, McShane D. Radiology in focus. Occult pharyngeal perforation secondary to «pencil injury». *J Laryngol Otol*, 1996; 110: 901-3.
4. Szatynbok J, Grassi M, Katayama D, Troster E. Descending suppurative mediastinitis: Nonsurgical approach to this unusual complication of retropharyngeal abscesses in childhood. *Pediatr Emerg Care*, 1999; 15: 341-3.
5. Law R, Fouque C, Wadell A, Cusick E. Lesson of the week: Penetrating intra-oral trauma in children. *BMJ*, 1997; 314: 50.
6. Costern MJ, Shamji FM, Odell PF, Frederico JA, Laframboise GG, Reid KR et al. Optimal treatment of descending necrotising mediastinitis. *Thorax*, 1997; 52: 702-8.
7. Selbst S, Fein J, Friday J, Scribiano P, Magardino T. Retropharyngeal abscess after blunt trauma in an adolescent. *Pediatr Emerg Care*, 1998; 14: 406-8.