

SUPURAÇÕES PLEURO-PULMONARES

— Experiência Pessoal * —

ALAOR TEIXEIRA **
TERESINHA M. C. TEIXEIRA ***

Pretendemos divulgar, nesta publicação — de forma sumária — a nossa experiência no tratamento das supurações pleuro-pulmonares. A casuística aqui analisada corresponde ao grupo de pacientes por nós atendidos no período de 10 anos (1959/1969), sendo representada por 200 casos.

Casuística

Os 200 pacientes — objeto dêste nosso estudo — apresentavam as características de identificação abaixo:

SEXO:

Masculino:	110 (55,0%)
Feminino:	090 (45,0%)

IDADE:

De 0 a 6 meses:	034 (17,0%)
De 7 meses a 1 ano:	055 (27,5%)
De 1 a 3 anos:	086 (43,0%)
Acima de 3 anos:	025 (12,5%)

LOCALIZAÇÃO:

Pulmão D:	096 (48,0%)
Pulmão E:	088 (44,0%)
Bilateral:	016 (08,0%)

ORIGEM:

Bronco-pulmonar:	168 (84,0%)
Traumatismo Parede Torácica:	022 (11,0%)
Abdominal (abscesso sub-frênico):	006 (03,0%)
Mediastinal (Esôfago):	004 (02,0%)

AGENTE:

Estafilococo dourado:	164 (82,0%)
Outros germes:	036 (28,0%)

TRATAMENTO:

Toracocentese:	020 (05,0%)
Toracocentese + Drenagem: ..	160 (80,0%)
Drenagem + Descorticação: ..	065 (32,5%)
Descorticação:	020 (10,0%)
Cavernostomia:	003 (01,0%)
Exérese processo cavitário: ...	002 (01,0%)

Comentários

A análise sumária dos dados acima apresentados nos permite fazer as considerações seguintes:

1. No referente ao SEXO verificamos que não existe uma preferência significativa para um ou outro. Pelo que nos foi dado verificar, portanto, as complicações pleuro-pulmonares não são influenciadas pelo fator em estudo.

2. No que diz respeito à IDADE, constatamos uma maior incidência no período etário compreendido entre 1 e 3 anos (86 casos = 43,0%). Analisando os dados em questão podemos afirmar, portanto, que dos 7 meses aos três anos houve uma ocorrência significativa de complicações pleuro-pulmonares nos nossos pacientes: 141 casos (70,5%).

3. Com relação à LOCALIZAÇÃO, o comprometimento unilateral correspondeu ao maior número de achados: 184 casos (92,0%), sendo que, em apenas 16 oportunidades (08,0%) ambos os hemitóraces estavam comprometidos. Ainda com relação ao item em estudo, verificamos, outrossim, que, praticamente, a localização foi indiferente, interessando ora o lado D (96 casos = 48,0%), ora o E (88 casos = 44,0%). Podemos explicar êste achado lembrando que, no paciente pediátrico a bifurcação traqueal se estabelece com angulação igual para ambos os brônquios fontes, o contrário — portanto — do que se constata no indivíduo adulto, no qual a disposição anômica do brônquio fonte D determina o comprometimento muito mais freqüente do pulmão D. Pudemos verificar ainda, nos nossos casos, que a localização inicial do processo supurativo (naqueles

* Sumário do Tema de Atualização, apresentado no III Congresso Brasileiro de Cirurgia Pediátrica — Ouro Preto (MG), 1970.

** Catedrático de Técnica Operatória — F.M. UFRGS — Relator.

*** Assistente de Técnica Operatória — F.M. UFRGS — Co-Relatora.

casos de origem bronco-pulmonar) se estabeleceu ao nível do segmento apical (Nelson-Fowler) do lobo inferior.

4. No referente à ORIGEM, observamos que em 168 oportunidades (84,0%) a complicação supurativa pleuro-pulmonar teve a sua origem em um processo infeccioso primariamente bronco-pulmonar; em 22 casos (11,0%), foi a resultante de complicação de traumatismo torácico (8 casos à D e 12 à E); em 6 pacientes (03,0%), originou-se da cavidade abdominal, condicionada pela disseminação torácica de abscesso sub-frênico; e, finalmente, em 4 oportunidades (02,0%), foi resultante de contaminação mediastinal, determinada por ruptura esofágica. Como **complicações** adicionais ao processo supurativo apresentado pelos nossos pacientes, verificamos 30 casos de fístulas pneumono-pleurais (15,0%), 12 pacientes com fístulas pleuro-pneumocutâneas (06,0%) e, finalmente, 4 casos de osteomielite costal (02,0%). No relativo ao **mecanismo** indutor do comprometimento pleural, nos casos de origem pulmonar do processo infeccioso (não analisaremos aqui a mecânica responsável pelo comprometimento pleural e/ou pulmonar nos casos de traumatismo torácico, abscesso sub-frênico e lesão esofágica, por ser a mesma evidente) constatamos duas formas fundamentais: **na primeira**, o processo supurativo localiza-se ao nível do mesênquima pulmonar induzindo destruição tissular de dimensões variáveis (abscesso de pulmão), originando uma **cavidade**; **na segunda**, mais frequente, há a formação do abscesso pulmonar já descrita o qual, no entanto, se rompe, comunicando, destarte, a cavidade pleural com o processo supurativo pulmonar, originando piotorax, o piopneumotorax ou o pneumotorax. Esta segunda eventualidade correspondeu à grande maioria de nossos casos.

5. Relativamente à identificação do AGENTE infeccioso responsável, constatamos que, em 164 oportunidades (82,0%) o Estafilococo dourado poderia ser responsabilizado — direta ou indiretamente — pela gênese do processo supurativo. Nos demais casos, foram identificados outros tipos de germes, incluindo o pneumococo e o coli.

6. Com referência ao esquema de TRATAMENTO que adotamos nos nos-

sos pacientes, verificamos que, em 20 casos (05,0%) a **Toracocentese** foi suficiente; em 160 oportunidades (80,0%) foi necessário complementar o tratamento com uma **drenagem contínua** (aspiração contínua pelo Takaoka ou Stedman); em 65 casos (32,5%) a drenagem contínua não condicionou a reexpansão do pulmão, tendo sido indicada a **Descorticação**. A mesma indicação cirúrgica (Descorticação) foi feita para os pacientes portadores das sequelas de traumatismo torácico. Em 3 oportunidades, efetuamos a drenagem contínua do processo cavitário (**Cavernostomia**) e, em 2 casos, toracotomia para exérese cirúrgica do processo cavitário. Empregamos a anestesia **local** para efetuar as Toracocenteses e as drenagens contínuas, e a **geral** nas toracotomias. Neste último tipo de anestesia, foi efetuada sempre a intubação eletiva (Carlens), visando o obviar dois fatores de grande importância: a) — evitar e impedir, no transoperatório, a contaminação contra-lateral; b) — evitar que o acidente representado pela ruptura da fístula pneumono-pleural (sempre presente) condicione grave perturbação na ventilação do paciente. Tivemos a lamentar na nossa casuística 16 óbitos (08,0%) os quais não devem ser atribuídos diretamente à terapêutica cirúrgica instituída, mas sim ao elevado grau de comprometimento orgânico identificado nos referidos pacientes.

Ao concluirmos, desejamos fazer os comentários seguintes:

1. Que os bons resultados que se podem obter no tratamento das complicações pleuro-pulmonares de nossos pacientes estão diretamente relacionados com a precocidade do estabelecimento do diagnóstico, a rapidez na instituição da terapêutica (corretamente instituída qualitativa e quantitativamente) e a natureza do agente patogênico.
2. Que somente a Descorticação Pulmonar permite recuperação rápida (em média 7 dias de hospitalização) naqueles casos de encarceramento pulmonar, condicionando uma melhor liberação pulmonar e com traumatismo

mo cirúrgico semelhante àquele verificado nas pleurostomias. Sòmente a liberação cirúrgica do pulmão encarcerado permite o afastamento do processo supurativo pleuro-pulmonar auxiliando, portanto, na recuperação rápida do paciente, pois sabemos que a absorção continuada das toxinas pelo mesotélio pleural agrava continuamente o estado geral do paciente, com-

prometendo o seu mecanismo de recuperação orgânico e induzindo hospitalização prolongada e onerosa (em média 2 a 3 meses).

A documentação fotográfica anexa divulga algumas fases da correção cirúrgica (descorticação) do encarceramento pulmonar. Nela podemos verificar claramente o espessamento pleural, a compressão pulmonar, e, finalmente, a liberação completa do mesmo.

