

## Pneumotórax bilateral espontâneo associado à parada cardiorrespiratória e fístula broncopleural

Classificação: insuficiência respiratória e ventilação mecânica – modalidade: pôster

Autores: Ronaldo Marques Pontes Rabelo, Narjara de Oliveira Boechat, Irina Jerez Jerez, Francisco Aníbal Araújo Freire, Mara Borges Viana, Vanessa Amaral da Rocha. Unidade de terapia intensiva adulta do Hospital e Pronto Socorro Dr. Platão Araújo – Manaus (AM) – Brasil.

Descritores em saúde: Pneumotórax – Parada cardíaca – Fístula brônquica

Hewsen, no século XVIII, fez a primeira descrição de pneumotórax sem trauma associado, ou pneumotórax espontâneo. Encontram-se bolhas pulmonares em até 90% e tabagismo em até 60% dos pacientes. Os principais sintomas são dor torácica e murmúrio vesicular reduzido; a radiografia torácica costuma ser diagnóstica. O tratamento pode ser conservador em casos selecionados, com analgesia e oxigenioterapia, mas a maioria dos pacientes necessita de drenagem torácica fechada ou cateter *pigtail*. Reservam-se procedimentos cirúrgicos para tratamento etiológico, complicações como fístula broncopleural, ou evitar recorrência; as opções incluem aspiração contínua, bulectomia, lobectomia, pleurodese química, por toracotomia convencional ou videotoracoscopia. Descreve-se o caso de M.S.S., feminino, 62 anos, portadora de doença pulmonar obstrutiva crônica e relato de cirurgia há 20 anos para tratamento de bolhas pulmonares, procurou atendimento na noite de 15/08/2011, queixando dispneia e sibilância, e evoluiu com parada cardiorrespiratória na manhã seguinte. Durante a ressuscitação cardiopulmonar, identificou-se resistência no tórax à compressão, suscitando o diagnóstico de pneumotórax. Após descompressão seguida de drenagem torácica, obteve-se reversão da parada cardiorrespiratória. Posteriormente foi admitida na unidade de terapia intensiva do mesmo hospital, apresentando durante internação encefalopatia hipóxico-isquêmica, infecções nosocomiais e fístula broncopleural bilateral. As medidas adotadas – aspiração em sistema fechado e instalação de dois drenos torácicos no hemitórax esquerdo – não tiveram sucesso, já que fuga aérea persistiu à esquerda. Por fim a paciente foi encaminhada para serviço de referência em cirurgia torácica, vindo a falecer por choque séptico de foco pulmonar antes de realizar tratamento definitivo.