

Trauma Contuso de Artéria Carótida Interna após Acidente Automobilístico – Apresentação de um caso

Blunt Internal Carotid Artery Injury after a Motor Vehicle Crash: Presentation of a case

Roberto Cardoso Bessa Júnior¹, Antônio Sanches Cerqueira², Marco Victor Hermeto³

RESUMO

Este estudo relata o caso de uma paciente vítima de acidente automobilístico, que desenvolveu quadro de hemiplegia poucas horas depois do trauma. Na propedêutica diagnosticou-se acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) secundário à trombose da artéria carótida interna direita. O objetivo é alertar para o trauma contuso vascular como diagnóstico diferencial de injúrias neurológicas.

Palavras-chave: Ferimentos e Lesões; Lesões das Artérias Carótidas; Acidente Vascular Cerebral; Diagnóstico Diferencial; Hemiplegia.

ABSTRACT

This work relates a occurrence of a patient victim of a motor vehicle crash that developed signs of unilateral paralysis few hours after the trauma. At investigation a diagnosis of ischemic stroke due a right carotid artery thrombosis was made. The objective of this article is to alert about the blunt vascular trauma as a differential diagnostic of neurologic injuries.

Key words: Wounds and Injuries; Carotid Artery Injuries; Stroke; Differential Diagnosis; Hemiplegia.

INTRODUÇÃO

O trauma contuso de artérias carótidas (TCAA) e artérias vertebrais é considerado raro, apesar de seus efeitos mórbidos. A incidência varia de 0,1 a 1% das admissões por traumas contusos.¹ Têm sido relatadas taxas de mortalidade que variam de 5 a 40% e de morbidade neurológica situando-se entre 40 e 80%.² Poucas complicações no trauma são mais graves do que um acidente vascular cerebral, principalmente em pacientes que sobreviveram a outras injúrias sem sequelas.³ O caso refere-se ao diagnóstico de acidente vascular cerebral isquêmico secundário à trombose da artéria carótida interna direita após acidente automobilístico.

Recebido em: 16/05/2005
Aprovado em: 29/07/2005

Instituição:
Hospital Governador Israel Pinheiro (HGIP) – IPSEMG
Belo Horizonte – MG, Brasil.

Endereço para correspondência:
Roberto Cardoso Bessa Júnior
Rua Itamonte 35/602, Floresta
Belo Horizonte – MG, Brasil
CEP: 31110-220
E-mail: robertocarolina@uol.com.br

RELATO DE CASO

Paciente feminino, leucodérmica, 42 anos, 70 Kg, 1,65 m, sem comorbidades. Foi vítima de acidente automobilístico por volta das 17 horas, sendo conduzida ao Pronto-Socorro, no interior. Admitida com vias aéreas livres, sons respiratórios abolidos em hemitórax esquerdo com enfisema subcutâneo e timpanismo à percussão. Havia palidez intensa, ausência de pulsos periféricos palpáveis e a pressão arterial era inaudível. Estava sonolenta, movimentando os quatro membros, atendendo aos comandos verbais. Apresentava otorragia à direita, distensão abdominal e fratura em membro inferior esquerdo. Foi imobilizada com colar cervical e submetida à drenagem torácica esquerda devido a pneumotórax hipertensivo, com melhora hemodinâmica. Foi então encaminhada ao bloco cirúrgico para laparotomia exploradora, que evidenciou hemoperitônio (cerca de 1 litro), lesão esplênica e em alças de intestino delgado, cuja providência foi a sutura simples. Foi hemotransfundida com 600 mL de concentrado de hemácias e a perna esquerda imobilizada por causa de fratura de fíbula distal com tempo anestésico-cirúrgico de duas horas. Ao término do procedimento, foi conduzida à unidade de cuidados intermediários com estabilidade hemodinâmica. O exame neurológico realizado após o despertar da anestesia, já na Unidade de Terapia Intensiva daquele serviço, evidenciou hemiplegia esquerda, optando-se por transferência para o Hospital Governador Israel Pinheiro (HGIP) para a realização de tomografia computadorizada de crânio (TCC).

A paciente foi removida para o centro de tratamento intensivo (CTI) do HGIP cerca de 20 horas após o trauma. O exame admissional evidenciava anisocoria à esquerda, afundamento de esterno, escoriação e equimose com marca do cinto de segurança em região cervical, tórax e abdome. Encontrava-se sonolenta, atendendo a comandos verbais e apresentando hemiplegia à esquerda. A TCC diagnosticou acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) fronto-têmporo-parietal direito associado à fratura temporal direita com sangue em mastoide (Figura 1).

A paciente foi submetida a duplex-scan cervical, que mostrou aumento em velocidades de fluxo de artérias vertebrais, fluxo laminar com redução progressiva em artéria carótida comum direita e material hipoeico ocupando parcialmente a luz no segmento

proximal com oclusão distal total do fluxo, compatível com trombose de artéria carótida interna direita. A radiografia de tórax, no leito, salientou elevação de cúpula diafragmática direita compatível com paralisia do nervo frênico e enfisema subcutâneo em hemitórax esquerdo.

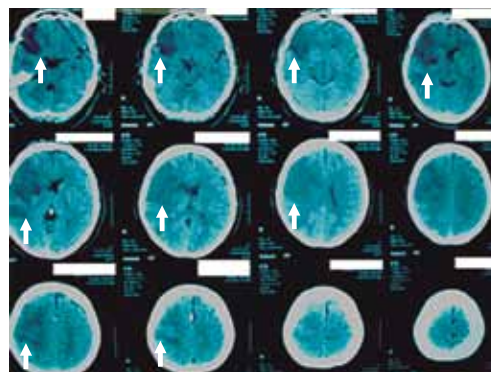


Figura 1 - TCC mostrando AVCi fronto-têmporo-parietal direito. (seta)

Foi realizada TC de tórax, que revelou volumoso enfisema subcutâneo à esquerda, sem alterações pulmonares. A avaliação acusou avulsão de mama esquerda, sem sinais de fratura de esterno, sendo a mama reposicionada cirurgicamente.

A paciente evoluiu em redução prolongada da ventilação mecânica, sendo realizada traqueostomia no 15º dia de intubação com retirada da ventilação no 20º dia após o trauma. Foi realizado novo duplex-scan cervical aproximadamente quatro semanas após o trauma, que apurou recanalização da artéria carótida interna direita. Recebeu alta da terapia intensiva após 29 dias de internação e alta hospitalar sem traqueostomia após 50 dias de internação, mas com persistência de hemiplegia esquerda.

DISCUSSÃO

A injúria das artérias cervicais no trauma contuso é secundária à rápida desaceleração associada à hiperflexão e rotação cervical, que levam ao estiramento da artéria junto à coluna cervical. Há ruptura da camada íntima da parede arterial, que pode conduzir à dissecação com a formação de pseudoaneurismas e fístulas ou à oclusão pela formação de placas, provocando trombogênese na parede vascular. O resultado final é a isquemia cerebral.^{2,4}

Os sinais clínicos sugestivos são a síndrome de Horner (resultado do estiramento do plexo simpático periarterial), sinal cervical do cinto de segurança e hemorragia através da boca, narinas, olhos ou canal auditivo (indicativo de fratura de base de crânio).^{1,4,5} A história mais comum é a de paciente neurologicamente intacto, que um a cinco dias após o trauma apresenta sinais neurológicos e tomográficos de um AVC.

Pode existir um período latente entre a injúria e a isquemia, permitindo a oportunidade para fazer o diagnóstico e realizar o tratamento antes da isquemia se instalar com morbimortalidade elevada.⁵ A angiografia carotídea é o padrão-ouro no diagnóstico do TCAA¹⁻⁵, mas é procedimento invasivo, com riscos de complicações e de alto custo. O duplex-scan, a angiotomografia e a angioressonância são métodos não-invasivos que vêm sendo testados com boa acurácia diagnóstica, mas que, mesmo diagnosticando-se a injúria vascular, ainda não foram capazes de interferir no prognóstico.

Em relação ao manejo terapêutico, há controvérsias, não existindo estudo randomizado e controlado para estabelecer o tratamento ideal. A anticoagulação com heparina não-fracionada ou de baixo peso molecular pode ser usada para prevenir a embolização de artérias dissecadas e evitar oclusão em estenoses graves. Há complicações de sangramento em até 40% dos casos, além do risco de transformação hemorrágica em AVCi extenso e aumento do hematoma na parede vascular. Sugere-se a duração de três a seis meses na anticoagulação ou interrupção após demonstrada a recanalização arterial. O uso de antiplaquetários pode ser alternativa aceitável indicada em lesões simples. Há procedimentos cirúrgicos como o desvio intracraniano, a ligadura da carótida e a ressecção dos pseudoaneurismas, mas com resultados variáveis. Os procedimentos endovasculares com o uso de prótese endovascular só podem ser realizados sete dias após o trauma contuso, o que limita sua utilização.²

No caso descrito, a otorragia à direita com hemiplegia esquerda em paciente admitida com relato de movimentação espontânea dos quatro membros era fortemente sugestiva de lesão expansiva intracraniana. A anisocoria à admissão poderia sugerir, inclusive, hérnia cerebral por possível hematoma com sinais de hipertensão intracraniana. Tudo isso seria possível, mas alguns dados chamavam a atenção: o fato de a paciente atender ao comando verbal e o sinal cervical de escoriação pelo cinto de segurança.

O trauma contuso de artérias carótidas é diagnóstico diferencial em pacientes que apresentem quadro de AVC após trauma, por ser de alta morbimortalidade e com poucas opções terapêuticas.

REFERÊNCIAS

1. Biffi WL. Diagnosis of blunt cerebrovascular injuries. *Curr Opin Crit Care.* 2003; 9:530-4.
2. Singh RR, Barry MC, Ireland A, Bouchier Hayes D. Current Diagnosis and Management of Blunt Internal Carotid Artery Injury. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2004; 27:577-84.
3. Mayberry JC, Brown CV, Mullins RJ, Velmahos GC. Blunt Carotid Artery Injury: The Futility of Aggressive Screening and Diagnosis. *Arch Surg.* 2004; 139:609-13.
4. Baker WE, Wassermann J. Unsuspected vascular trauma: blunt arterial injuries. *Emerg Med Clin N Am.* 2004; 22:1081-98.
5. Harrahill M. Suspected Blunt Carotid Injury in a 54-year-old Woman After a Motor Vehicle Crash: A Brief Review. *J Emerg Nurs.* 2003; 29:582-3.