

Protocolo de Atendimento da Unidade de Cirurgia Torácica da Clínica Respirar

## # Empiema Pleural Pós Pneumectomia #

### 1- Introdução:

A ocorrência de empiema pós pneumectomia está associada a índices de mortalidade que variam de 28% a 50%. Fatores predisponentes ao empiema incluem radioterapia pré-operatória, ressecção de doença inflamatória, coto brônquico longo, contaminação transoperatória do espaço pleural, desvascularização excessiva do coto brônquico durante a linfadenectomia mediastinal e presença de bacilo álcool ácido resistente no exame de escarro. Neste protocolo discutiremos o manejo do empiema pleural pós pneumectomia.

### 2- Manejo do Empiema Pleural Pós Pneumectomia:

#### 2.1- Empiema na fase aguda:

O manejo desta situação deve iniciar pelo posicionamento do paciente em decúbito lateral, sobre o lado da pneumectomia, até que se realize adequada drenagem do espaço pleural. Esta medida evitará a catastrófica aspiração do conteúdo pleural para o pulmão remanescente, contralateral, e possível morte por asfixia. Nas grandes fístulas, que invariavelmente indicam a necessidade de ventilação mecânica, está indicada a intubação seletiva, através de tubo simples orientado para o pulmão remanescente pela fibrobroncoscopia ou de um tubo seletivo. Após estas medidas iniciais e obtida a estabilidade clínica, o paciente deverá ser encaminhado imediatamente ao centro cirúrgico para reintervenção. A resutura do coto brônquico deverá ser precedida de debridamento e revitalização das margens brônquicas, reamputação nos casos de coto longo residual e fechamento com fios inabsorvíveis. A cobertura do coto ressuturado com tecido vascularizado ou não, preferentemente através da transposição de músculos intercostais, pleura, gordura pericárdica, etc.

#### 2.2- Empiema na fase crônica:

Em caso de empiema pleural pós pneumectomia sem fístulas, o tratamento consiste em drenagem torácica aberta com irrigação e após saneamento da cavidade realiza-se a manobra de Clagett com solução fisiológica e gentamicina. Já em casos de cavidade empiemática com fístula broncopleural, deve-se após o saneamento da cavidade pleural com um método de drenagem torácica aberto, utilizar algum método de fechamento da fístula via endoscópica ou realização de toracoplastia para obliterar a cavidade pleural e a fístula.



SGAS 613 Conjunto "E" Bloco "A"  
Sala 201 - Edifício Centro Médico L2 Sul



(61) 3032-7599  
(61) 98587-1643



[www.respirar.com.br](http://www.respirar.com.br)  
[contato@respirardf.com.br](mailto:contato@respirardf.com.br)



[facebook/respirardf](https://facebook.com/respirardf)  
[instagram/respirardf](https://instagram.com/respirardf)

### 3- Referências:

- Mayo P Saha SP, McElvein RB: Acute empyema in children treated by open thoracotomy and decortication. *Ann Thor Surg* 1982;4:401-407. - Magovern CJ Rusch W: Parapneumonic and post-traumatic pleural space infection. *Chest Sur. Clin of North Am* 1994;4:561-582. - Ligh RW.: Parapneumonic effusions and infections of the pleural space. In: *Pleural Diseases*. 2nd edition, by Lea-Febiger 1990; chap 9: pp 129-149. - Coselli JS, Mattox KL, Beall AC: Re-evaluation of early evacuation of clotted hemothorax. *Am J Surg* 1984;148:786-97.



SGAS 613 Conjunto "E" Bloco "A"  
Sala 201 - Edifício Centro Médico L2 Sul



(61) 3032-7599  
(61) 98587-1643



[www.respirar.com.br](http://www.respirar.com.br)  
[contato@respirardf.com.br](mailto:contato@respirardf.com.br)



[facebook/respirardf](https://facebook.com/respirardf)  
[instagram/respirardf](https://instagram.com/respirardf)