

Fístula broncopleural decorrente de ferimento por arma de fogo – relato de caso

Broncopleural fistula resulting from a fire gun injury - case report

DOI:10.34119/bjhrv5n5-011

Recebimento dos originais: 29/07/2022

Aceitação para publicação: 31/08/2022

Fernando Luiz Westphal

Pós-Doutor

Instituição: Programa de Pós-Graduação em Cirurgia da Universidade Federal do Amazonas (PPGRACI-UFAM)

Endereço: R. Afonso Pena, 1053, Centro, Manaus - AM, CEP: 69020-160

E-mail: f.l.westphal@gmail.com

João Gabriel Linhares Pulner

Acadêmico de Medicina

Instituição: Universidade Federal do Amazonas (UFAM)

Endereço: R. Afonso Pena, 1053, Centro, Manaus - AM, CEP: 69020-160

E-mail: joaopulner@hotmail.com

Luiz Carlos de Lima

Doutor

Instituição: Programa de Pós-graduação em Cirurgia da Universidade Federal do Amazonas (PPGRACI-UFAM)

Endereço: R. Afonso Pena, 1053, Centro, Manaus - AM, CEP: 69020-160

E-mail: drluizclima@gmail.com

José Corrêa Lima Netto

Doutor

Instituição: Universidade Federal do Amazonas (UFAM)

Endereço: R. Afonso Pena, 1053, Centro, Manaus - AM, CEP: 69020-160

E-mail: limanetto@msn.com

Pablo Marques Reis

Médico

Instituição: Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2350, Av. Protásio Alves, 211, Santa Cecília, Porto Alegre - RS, CEP: 90035-903

E-mail: pablomed21@gmail.com

Fernando Luiz Westphal Filho

Acadêmico de Medicina pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM)

Instituição: Universidade Federal do Amazonas (UFAM)

Endereço: R. Afonso Pena, 1053, Centro, Manaus - AM, CEP: 69020-160

E-mail: fernandowestphal1@gmail.com

Rebeca Aparecida dos Santos Di Tommaso

Médica

Instituição: Programa de Pós-graduação em Cirurgia da Universidade Federal do Amazonas (PPGRACI-UFAM)

Endereço: R. Afonso Pena, 1053, Centro, Manaus - AM, CEP: 69020-160

E-mail: bekinha_santos@hotmail.com

Alcione dos Reis Praia

Médica especialista em Medicina de Família e Comunidade

Instituição: Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD)

Endereço: R. João Rosa Góes, 1761, Vila Progresso, Dourados - MS, CEP: 79825-070

E-mail: alcipraia@gmail.com

RESUMO

Objetivo: apresentar o caso de paciente jovem, vítima de lesão brônquica por ferimento de arma de fogo, tratada por segmentectomia pulmonar por meio de toracotomia. Descrição do caso: Paciente do sexo masculino, 25 anos, foi admitido no serviço de emergência, vítima de ferimento por arma de fogo com dispneia e dor torácica. Paciente foi conduzido a toracostomia a esquerda, apresentando drenagem de líquido sanguinolento. Manteve escape aéreo de alto débito e, após 20 dias, foi indicada abordagem cirúrgica, sendo realizado toracotomia e, após identificação de lesão em segmento seis, foi indicada segmentectomia. Apresentou melhora clínica no pós-operatório, recebendo alta em quatro dias. Considerações finais: A presença de escape aéreo persistente no pós-operatório deve alertar para o diagnóstico de lesão de vias aéreas principais. As lesões traqueobrônquicas são incomuns e graves, demandando atenção da equipe cirúrgica para desfecho satisfatório.

Palavras-chave: fístula brônquica, ferimentos por arma de fogo, toracotomia.

ABSTRACT

Objective: to present the case of a young patient, a victim of bronchial injury from a gunshot wound, treated by pulmonary segmentectomy through thoracotomy. Case description: A 25-year-old male patient was admitted to the emergency department, a victim of a gunshot wound with dyspnea and chest pain. The patient was submitted to a left thoracostomy, with bloody fluid drainage. He maintained high output air leak and, after 20 days, a surgical approach was indicated, being performed thoracotomy and, after identifying a lesion in segment six, segmentectomy was indicated. He showed clinical improvement in the postoperative period, being discharged after four days. Final considerations: The presence of persistent air leaks in the postoperative period should alert to the diagnosis of injury to the main airways. Tracheobronchial injuries are uncommon and severe, demanding attention from the surgical team for a satisfactory outcome.

Keywords: bronchial fistula, wounds, gunshot, thoracotomy.

1 INTRODUÇÃO

O trauma torácico representa uma causa importante de morte em pacientes politraumatizados (LIZ DE CARVALHO; DOS SANTOS; GOULART ALVES, 2020). Muitos desses indivíduos morrem antes mesmo de chegar ao hospital, devido as lesões graves

envolvendo grandes vasos e outras estruturas nobres (SALAS GARITA; AGÜERO SÁNCHEZ; MARÍN TREJOS, 2020). Em contrapartida, algumas vítimas possuem condições potencialmente tratáveis, cujo atendimento inicial adequado é crucial para a sua sobrevivência (QUEIROZ et al., 2021).

A morte no trauma torácico ocorre sobretudo pela hipóxia, acidose e hipercarbia decorrentes de rotura traumática de aorta, tórax instável com contusão pulmonar e rotura traqueobrônquica (CUBA; BEZERRA, 2005). Na grande maioria dos casos, os traumas torácicos são resolvidos com medidas de drenagem torácica em selo d'água e uma parcela menor necessitará de toracotomia (BROSKA JÚNIOR et al., 2017).

A lesão traqueobrônquica é incomum, potencialmente fatal e requer diagnóstico precoce, habilidoso gerenciamento das vias aéreas e reparo cirúrgico imediato, uma vez que o reconhecimento dos ferimentos traqueobrônquicos nem sempre é direto e pode passar despercebido em pacientes com múltiplas lesões (SAAD JR et al., 2017).

Ferimentos transfixantes do mediastino médio ou superior, compressão torácica intensa e fugaz, desconforto respiratório e enfisema subcutâneo, no exame inicial, são situações que nos induzem a suspeitar de lesões da árvore traqueobrônquica e a realizar a broncofibroscopia (SILVA et al., 2018). Ferimentos que se comunicam com o espaço pleural podem resultar em pneumotórax hipertensivo (DENNIS; BELLISTER; GUILLAMONDEGUI, 2017).

No trauma fechado, as lesões traqueobrônquicas ocorrem principalmente em um ponto próximo a carina, a cerca de 2-3cm da mesma, podendo resultar em fístula pleural, a qual pode ser persistente. As lesões ocorrem com maior frequência no brônquio fonte direito visto que a aorta protege o brônquio esquerdo. O diagnóstico dessas lesões pode não ser imediato e a suspeição advém do fato destes pacientes apresentarem pneumotórax persistente observado pelo borbulhamento persistente no frasco de drenagem sem a expansão pulmonar adequada (DOGRUL et al., 2020).

O objetivo do presente estudo é apresentar o relato de um paciente jovem de 25 anos, vítima de ferimento por arma de fogo em região posterior de hemitórax esquerdo, evoluindo com fístula aérea observado pelo dreno torácico, sendo submetido a toracotomia com segmentectomia não regrada.

2 RELATO DE CASO

Paciente masculino, 25 anos, pardo, foi vítima de ferimento por arma de fogo. Deu entrada no pronto socorro apresentando dispneia, dor em região de hemitórax esquerdo além de dor em braço esquerdo. Na avaliação inicial, apresentava ausculta pulmonar levemente

diminuída em base esquerda com murmúrio presente a direita. O status hemodinâmico estava dentro dos padrões de normalidade, com PA de 133x87mmHg, 105 batimentos por minuto, e enchimento capilar < 3 segundos. Observava-se, também, orifício de entrada do projétil em região dorsal a esquerdo e orifício de saída em região lateral do hemitórax esquerdo, com novo orifício de entrada em braço esquerdo, local este em que o projétil ficou alojado.

O paciente foi submetido a toracostomia a esquerda, ainda durante o primeiro atendimento, com drenagem inicial de 300ml de líquido sanguinolento e realizou radiografia de tórax observando-se área de consolidação pulmonar, correspondente a contusão pulmonar oriunda do trauma.

Após 20 dias de evolução, paciente ainda mantinha escape aéreo ao esforço de tosse, observado pelo borbulhar no frasco de drenagem. À tomografia computadorizada (TC) de tórax, observando área de consolidação em segmento superior do lobo inferior esquerdo e presença de pneumotórax impedindo a completa expansão pulmonar.

Paciente então foi submetido a toracotomia posterolateral esquerda, identificando-se a presença de lesão transfixante em segmento seis com comprometimento do brônquio do segmento em questão. Optou-se, então, pela segmentectomia não regrada para a correção do problema.

Paciente evoluiu satisfatoriamente após o procedimento, com resolução do escape aéreo, recebendo alta hospitalar no quarto dia de pós-operatório.

3 DISCUSSÃO

Quando estamos diante de um paciente vítima de trauma torácico, devemos sempre lembrar que o manejo inicial desses pacientes se faz através do ATLS (CHEAITO et al., 2016; THE ATLS SUBCOMMITTEE AND THE INTERNATIONAL ATLS WORKING GROUP, 2013).

A lesão brônquica por trauma contuso é rara, mas potencialmente fatal. Mais de 80% dos pacientes com lesão traqueobrônquica morrem antes de chegar ao hospital. Em compensação, aqueles que conseguem chegar ao hospital, em sua maioria, são conduzidos conservadoramente com medidas de suporte e toracostomia com drenagem fechada (VAN ROOZENDAAL et al., 2018).

Nos ferimentos originados por armas de fogo, os danos causados são resultantes da transferência de energia do projétil nos tecidos moles. Essas lesões ocorrem por duas formas de transmissão de energia: 1) Lesão direta do tecido ao longo da trajetória do projétil e; 2) deslocamento radial e transferências de energia que se propaga perpendicular à trajetória do

projétil. Esse mecanismo é conhecido como “cavidade temporária” podendo causar lesões em uma área 7 vezes maior que o tamanho do projétil (TRUESDELL et al., 2020).

Nas lesões traqueobrônquicas, o doente pode apresentar hemoptise, enfisema subcutâneo e/ou pneumotórax hipertensivo com desvio do mediastino. Os achados radiográficos podem incluir pneumotórax, pneumomediastino e enfisema subcutâneo. O “sinal do pulmão caído”, onde o pulmão colapsado cai do mediastino raramente é visto, mas é específico da lesão brônquica (CHEAITO et al., 2016).

A broncofibroscopia é o exame padrão-ouro para o diagnóstico da lesão e deve ser realizada, de preferência, em ambiente cirúrgico, com a via aérea protegida por intubação (IWASAKI et al., 1994; ROSSBACH et al., 1998).

Por ser incomum, as lesões traqueobrônquicas podem passar despercebidas. Uma revisão sistemática verificou que o tempo médio para o diagnóstico da lesão é de 7 dias, variando de 0 – 8 anos. O atraso normalmente está relacionado a apresentação ou diagnóstico tardio, transferência para outro hospital, ou após falha no tratamento conservador (VAN ROOZENDAAL et al., 2018). A abordagem cirúrgica se faz através da toracotomia, sendo que na maioria dos casos a correção é feita através anastomose término-terminal e em menor proporção, podemos encontrar relatos de pneumectomia e lobectomia para a correção da lesão, Nesse caso, optou-se pela segmentectomia visto a cronicidade da lesão e o pequeno diâmetro do brônquio, o que poderia ocasionar estenose a posteriori.

Concluímos que a lesão traqueobrônquica é rara e potencialmente fatal, comumente acomete homens jovens, em decorrência de traumas transfixantes de tórax, necessitando de identificação precoce, geralmente associada a exames de imagem. A abordagem cirúrgica é requerida especialmente na falha de tratamento clínico.

REFERÊNCIAS

- BROSKA JÚNIOR, C. A. et al. Profile of thoracic trauma victims submitted to chest drainage. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 44, n. 1, fev. 2017.
- CHEAITO, A. et al. Traumatic bronchial injury. **International Journal of Surgery Case Reports**, v. 27, p. 172–175, 2016.
- CUBA, R. M. B. F.; BEZERRA, J. A. F. DE. Traumatismo torácico: estudo retrospectivo de 168 casos. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 32, n. 2, abr. 2005.
- DENNIS, B. M.; BELLISTER, S. A.; GUILLAMONDEGUI, O. D. Thoracic Trauma. **Surgical Clinics of North America**, v. 97, n. 5, out. 2017.
- DOGRUL, B. N. et al. Blunt trauma related chest wall and pulmonary injuries: An overview. **Chinese Journal of Traumatology**, v. 23, n. 3, jun. 2020.
- IWASAKI, M. et al. Bronchoscopy findings and early treatment of patients with blunt tracheobronchial trauma. **The Journal of Cardiovascular Surgery**, v. 35, n. 3, p. 269–271, 1994.
- LIZ DE CARVALHO, F.; DOS SANTOS, D. C.; GOULART ALVES, M. A IMPORTÂNCIA DE INTERVIR NO TRAUMA TORÁCICO. **Revista Eixos Tech**, v. 6, n. 1, 2020.
- QUEIROZ, Á. A. G. et al. Perfil epidemiológico e sobrevivência de vítimas de trauma torácico atendidas em um hospital público no Estado de Sergipe. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, 2021.
- ROSSBACH, M. M. et al. Management of Major Tracheobronchial Injuries: A 28-Year Experience. **The Annals of Thoracic Surgery**, v. 65, n. 1, p. 182–186, jan. 1998.
- SAAD JR, R. et al. Tracheobronchial injuries in chest trauma: a 17-year experience. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 44, n. 2, abr. 2017.
- SALAS GARITA, F.; AGÜERO SÁNCHEZ, A. C.; MARÍN TREJOS, D. Generalidades del Traumatismo Torácico. **Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos**, v. 4, n. 3, 2020.
- SILVA, B. G. S. et al. ENFISEMA SUBCUTANEO MACIÇO ASSOCIADO A LESÃO DE VIA AEREA, APÓS TRAUMA TORÁCICO: RELATO DE CASO. **Revista Saber Digital**, v. 10, n. 1, p. 27–36, 2018.
- THE ATLS SUBCOMMITTEE AND THE INTERNATIONAL ATLS WORKING GROUP, A. C. OF S. ON T. Advanced trauma life support (ATLS®): The ninth edition. **Journal of Trauma and Acute Care Surgery**, v. 74, n. 5, 2013.
- TRUESDELL, W. et al. Ballistic and Penetrating Injuries of the Chest. **Journal of Thoracic Imaging**, v. 35, n. 2, p. W51–W59, mar. 2020.
- VAN ROOZENDAAL, L. M. et al. Surgical treatment of bronchial rupture in blunt chest trauma: a review of the literature. **Journal of Thoracic Disease**, v. 10, n. 9, p. 5576–5583, set. 2018.