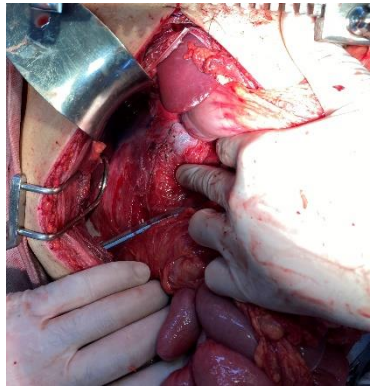


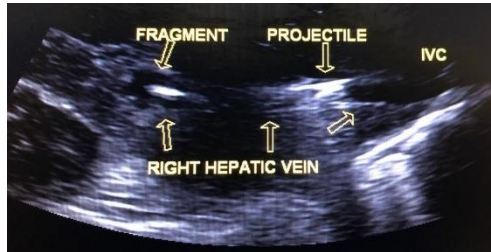
Autores: Godinho, M.¹; Scarpelini, S.¹; Stracieri, L. D. S.¹; Sobrinho, J. L. C.¹; Pelosi, R. B.¹; Tenani, J. A. P.¹; Silva, A. L.¹;
1: Divisão de Cirurgia de Urgência e Trauma da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – USP
Palavras-Chave: Ferimento por Arma de Fogo; Trauma Vascular; Embalía; Controle de Danos

INTRODUÇÃO

Embalia define-se pela embolização de projétil após penetração em vasos de grande calibre, alojando-se em sítios distantes ao de entrada. Seu diagnóstico exige alta suspeição, devendo-se aventar a hipótese quando, em exames de imagem, visualiza-se o projétil longe de seu sítio de entrada sugerindo migração. Pode ser arterial ou venosa, sendo a primeira mais grave, e a segunda, comumente assintomática. O tratamento é a remoção do objeto a depender da localização e repercussão clínica.



Esquerda: Lesão em VCI em primeira abordagem cirúrgica.
Direita: Ultra-sonografia intraoperatória demonstrando projétil alojado em VSHD.



RELATO DE CASO

Masculino, 19 anos, admitido na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto em 01/09/2020 por ferimento por arma de fogo em transição toracoabdominal direita, instável hemodinamicamente. Acionado protocolo de transfusão maciça e encaminhado à laparotomia de emergência com achado das seguintes lesões: diafragmática à direita, hepática em seguimento IV, V e VII e em veia cava inferior (VCI) próximo ao duodeno. Após estabilização hemodinâmica e controle hemostático, fechada a parede abdominal e encaminhado ao CTI. No 2º pós operatório (PO), verificado em tomografia e ecocardiograma imagem sugestiva de projétil alojado em ventrículo direito. Submetido então à esternotomia mediana, sem sinais de lesão ventricular à abertura do saco pericárdico. Em ultra-sonografia intraoperatória, evidenciado mobilização do projétil da VCI para veia suprahepática direita (VSHD). Como paciente sem repercussão hemodinâmica, optado pela não remoção do projétil. Paciente evoluiu de forma satisfatória nos dias subsequentes, recebendo alta hospitalar. Em seguimento ambulatorial, doente manteve-se assintomático. Confirmada posição do projétil em VSHD pelo controle ultra-sonográfico e verificada normalidade dos níveis séricos de chumbo.

DISCUSSÃO

O adequado atendimento inicial e o manejo cirúrgico baseado em controle de danos permitiram, primeiramente, a sobrevivência do paciente. Da mesma forma, o acompanhamento clínico e radiológico seriado, juntamente à alta suspeição diagnóstica de embalia, permitiram sua confirmação e, conseqüentemente, a correta condução deste caso.

REFERÊNCIAS

1. Headrick JR Jr, Mugosa M, Carr MG. Venous bullet embolism: controversies in management. *Tenn Med*. 1997 Mar;90(3):103-5. PMID: 9059085.
2. Shannon FL, McCroskey BL, Moore EE, Moore FA. Venous bullet embolism: rationale for mandatory extraction. *J Trauma*. 1987 Oct;27(10):1118-22. PMID: 3312620.
3. Patel KR, Cortes LE, Semel L, Sharma PV, Clauss RH. Bullet embolism. *J Cardiovasc Surg (Torino)*. 1989 Jul-Aug;30(4):584-90. PMID: 2674155.
4. Rehm C, Alspaugh JP, Sherman R. Bullet embolus to the right hepatic vein after a gunshot wound to the heart and its percutaneous retrieval. *J Trauma*. 1988 May;28(5):719-20. doi: 10.1097/00005373-198805000-00035. PMID: 3285019.