

Complicações do tratamento conservador de lesões hepáticas por FAF: um relato de caso

INTRODUÇÃO

O elevado índice de lesões causadas por disparos de armas de fogo produz danos irreversíveis e gera um importante problema de saúde pública no Brasil. Por conta de sua posição anatômica e dimensões, o fígado é acometido em cerca de 30% dos casos de ferimento abdominal por arma de fogo (FAF).¹ A condução terapêutica das lesões hepáticas pode ser cirúrgica ou conservadora, dependendo dos aspectos do trauma e da evolução clínica do paciente.

RELATO DE CASO

RFL, sexo masculino, 27 anos, deu entrada no serviço de Pronto Socorro do Centro Hospitalar Municipal Dr. Newton da Costa Brandão após ter sido vítima de FAF em região de transição esquerda, com orifício de saída em flanco esquerdo. Paciente sem comorbidades prévias, etilista, tabagista e usuário de maconha e cocaína. Ao exame físico inicial paciente encontrava-se estável hemodinamicamente, com sinais de pneumotórax à direita, presença de orifício de entrada de projétil em região infra escapular direita, sem orifício de saída e outro orifício de entrada em região lombar esquerda, com orifício de saída em flanco esquerdo. Abdomine flácido e doloroso difusamente, porém sem sinais de peritonite. Paciente foi acoplado a máscara de O₂ a 15 L/min e submetido a drenagem do hemitórax direito em selo d'água, com saída imediata de cerca de 100 ml de sangue. Foi realizada tomografia de tórax, abdome e pelve e evidenciou-se fratura do 9º arco costal direito, associado a pneumotórax ipsilateral com dreno tubular e imagens sugestivas de contusão pulmonar; além disso, notou-se imagem compatível com laceração hepática amorfa e aparentemente contida pelos limites capsulares abrangendo a transição periférica dos segmentos VII/VIII, com questionável ponto de sangramento ativo, medindo cerca de 10-12 cm nas maiores extensões, sem hematomas peri-hepáticos evidentes (Figura 1). Diante da ausência de sinais de choque e de outras complicações, optou-se por conduta conservadora mantendo o paciente em monitorização contínua e com exames físico e laboratorial seriados. No sexto dia de internação, notou-se presença de conteúdo bilioso exteriorizado pelo dreno torácico, levantando a hipótese de fistula hepato-pleural. Nova tomografia foi realizada e notou-se coleção subcapsular hepática, envolvendo o lobo direito, além da manutenção dos sinais de pneumotórax, derrame pleural e contusão pulmonar ipsilateralmente (Figura 2). Paciente submetido à toracotomia e laparotomia exploradoras, sendo identificadas em diafragma lesão puntiforme de aproximadamente 1,5 cm e área de laceração de aproximadamente 3,0 cm (ambas à direita), além de presença de líquido livre de aspecto bilioso em cavidade torácica e aderências tingidas de bile em região de cúpula diafragmática, comunicando as lesões do diafragma com lesão hepática em transição de segmentos VII/VIII. Foi realizada rafia diafragmática de ambas as lesões, lise de bridas, limpeza exaustiva de cavidades torácica e abdominal e teste de imersão sem sinais evidentes de fístulas frênico-pleurais. Foram colocados dois drenos tubulares torácicos à direita vigiando as lesões diafragmáticas e dois drenos siliconados vigiando leito hepático. Paciente evoluiu no pós-operatório de forma estável, confortável do ponto de vista ventilatório, porém com manutenção de débito bilioso por dreno torácico. Foi então encaminhado a serviço externo para realização de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) para

papilomatoma descompressiva, mas plastia não foi realizada devido drenagem espontânea satisfatória de bile ao exame. Nos dias seguintes a CPRE, entretanto, RFL manteve débito bilioso e nova TC de controle mostrou derrame pleural complicado à direita com sinais de fistula com coleção hepática. Evitando submeter o paciente a outra cirurgia e pela dificuldade de se conseguir nova CPRE, optou-se por drenagem percutânea da coleção hepática guiada por USG, que se deu com saída 75 ml de conteúdo bilioso. Paciente evoluiu com ausência de novos débitos, recebendo alta hospitalar sem drenos torácicos ou abdominais. Paciente não compareceu em consulta ambulatorial de retorno e por contato via telefone referiu que não retornou ao serviço pois estava se sentindo bem e sem queixas específicas.

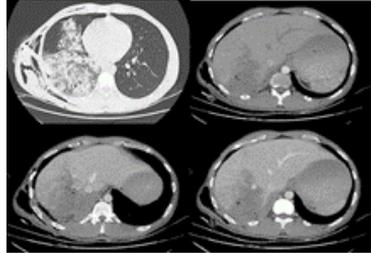


Figura 1 - Pneumotórax + contusão pulmonar à direita; laceração hepática amorfa abrangendo a transição periférica dos segmentos VII/VIII.

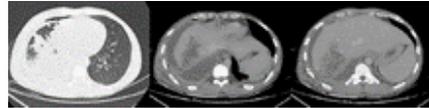


Figura 2 - Pneumotórax, derrame pleural e contusão pulmonar à direita; coleção hepática subcapsular envolvendo lobo direito.

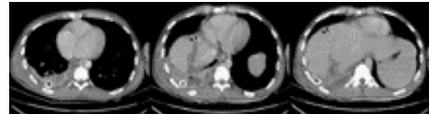


Figura 3 - Derrame pleural complicado a direita com sinais de fistula com coleção hepática.

DISCUSSÃO

A abordagem não cirúrgica das lesões hepáticas vem sendo estudada há mais de 20 anos e hoje já é considerada o padrão-ouro em pacientes hemodinamicamente estáveis.² No caso relatado acima, a conduta conservadora foi mantida até ser identificada drenagem de conteúdo biliar pelo dreno de tórax, sugerindo fistula hepato-pleural. Fístulas hepato-pleurais constituem uma complicação do trauma penetrante do parênquima hepático que se comunica com a cavidade pleural, criando um fluxo de menor pressão para a drenagem normal de bile.³ A presença de conteúdo bilioso no espaço pleural possui efeito corrosivo, podendo evoluir com a formação de empiema, aderências pleurais, bronquite necrotizante e pneumonia.⁴ Uma das possíveis ferramentas terapêuticas é a realização de CPRE com papilotomia, objetivando diminuir a pressão e resistência no esfíncter de Oddi. Dessa forma, a drenagem de bile segue pelas vias naturais e não mais para a cavidade pleural através do trajeto da fistula.⁴ Ao mesmo tempo, a drenagem percutânea de coleções abdominais guiada por imagem tem apresentado resultados eficientes na literatura atual e no caso em questão foi suficiente para que o paciente não apresentasse novas exteriorizações de bile pelo tórax após a falha da CPRE.⁴ Por fim, o relato desse caso permite concluir que apesar do tratamento conservador estar se difundindo na prática médica, cada caso deve ser avaliado de forma individual considerando as complicações evolutivas dos pacientes e também os recursos que cada serviço possui. Importante ressaltar a variedade de arsenal terapêutico para a condução de casos de lesões hepáticas/diafragmáticas e tomar como exemplo o fato de que a papilotomia é essencial para o tratamento de fístulas hepato-pleurais recorrentes.

REFERÊNCIAS

1. Kalil M, Amaral IMA. Epidemiological evaluation of hepatic trauma victims undergoing surgery. Rev Col Bras Cir. 2016 Feb;43(1):22-7.
2. Feld R, Wechsler RJ, Bonn J. Biliary-pleural fistulas without biliary obstruction: percutaneous catheter management. American Journal of Roentgenology. 1997 Aug;169(2):381-3.
3. Buci S, Torba M, Gjata A, Kajo I, Bushi G, Kagjini K. The rate of success of the conservative management of liver trauma in a developing country. World J Emerg Surg. 2017;12:24.
4. Singh B, Moodley J, Sheik-Gafoor MH, Dhooma N, Reddi A. Conservative management of thoracobiliary fistula. The Annals of Thoracic Surgery. 2002 Apr;73(4):1088-91.

Batista, C.F.L.; Jacomini, R. B.; Borges, C.S.; Souza, D. O.; Correia, L. M. C.; Pacheco, D. Z.¹

¹ FMABC, Santo André – SP.

E-mail para contato: caue.fedrig@gmail.com