

# **TRAUMA PERFURATIVO EM TRANSIÇÃO TORACOABDOMINAL À DIREITA POR PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO SEM ORIFÍCIO DE SAÍDA, COM HEMOTÓRAX, LESÃO HEPÁTICA E DIAFRAGMÁTICA EVOLUINDO COM FÍSTULA BILIO-PLEURAL E QUILOTÓRAX: UM RELATO DE CASO RARO**

## **Autores:**

*Flávio Rezende Valle<sup>1</sup>; Vítor Guilherme Ferreira Moisés<sup>2</sup>; Heitor Luiz Gomes<sup>3</sup>  
Bárbara Martins Faria<sup>1</sup>.*

*1 - Discente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia*

*2 - Médico residente no Hospital de clínicas da Universidade Federal de Uberlândia*

*3 - Docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia*

**Palavras-Chave:** Tratamento não operatório, Transição Toracoabdominal, Trauma perfurante por projétil de arma de fogo, Fístula Bilio-pleural, Quilotórax.

## **1. Introdução:**

Se por um lado a literatura médica tem lançado interesse sobre o tratamento não operatório (TNO) para o trauma perfurante toracoabdominal à direita por projétil de arma de fogo (PAF), por outro carece de conhecimentos sobre as complicações raras e de seu manejo. Nesse caso, a fístula bilio-pleural, tida como rara ou inexistente e o quilotórax, raro, se fazem presentes aqui.

## **2. Objetivos:**

Contribuir à literatura médica ao relatar um caso com duas complicações raras, apresentar seu desfecho e discutir o seu manejo.

## **3. Delineamento e métodos:**

O trabalho trata-se de um relato de caso, produzido a partir de consulta ao prontuário médico e aos profissionais que o conduziram.

#### **4. Relato de Caso:**

I.C.M., masculino, 58 anos, sofreu um trauma por projétil de arma de fogo (PAF) em transição toracoabdominal direita anterior. Na admissão, já tendo realizado drenagem de hemotórax, 200ml, em outro hospital, apresentava-se estável hemodinamicamente, com sinais vitais normais, sem sinais de irritação peritoneal, ausculta pulmonar reduzida à direita, dor à palpação da coluna torácica e lombar, presença de um orifício de entrada do PAF e sem orifício de saída.

A tomografia computadorizada (TC) apontou: trajeto transfixante, acometendo parte superior do fígado e alojado em corpo vertebral T12. Ausência de líquido livre abdominal, ausência de pneumoperitônio e retroperitônio. Frente os aspectos clínicos e da TC optou-se por estabelecer TNO.

Apresentou duas complicações tardias: fístula bilio-pleural no quinto dia de internação e quilotórax no 11º dia. O diagnóstico foi realizado, respectivamente, pelos aspectos amarelado com bilirrubina total de 2,5 mg/dL no líquido drenado (LD) (3,12 vezes a sérica) e posteriormente leitoso com 320mg/dL de triglicérides no LD. A TC evidenciou densificação da gordura retroperitoneal entre o pilar diafragmático direito e vértebra T12. Suspeitando-se, assim de lesão associada ao ducto torácico. Não foi tomada conduta cirúrgica, apenas estabelecida dieta hipolipídica e hiperproteica com resolução do quadro no 16º dia e permanecendo internado por 21 dias.

#### **5. Conclusão:**

Posto isso, denota-se que essas complicações, inerentes à dinâmica do trauma, mesmo que raras e de manejo não bem descrito, evoluíram controlada e satisfatoriamente via drenagem, o que reforça a potencialidade do TNO. É relevante apontar, também, que o período de observação deve estender-se para além da média de 25,4 horas de internação observadas na literatura acerca do TNO, dada a possibilidade de aparecimento tardio de complicações.