

QUILOTÓRAX TRAUMÁTICO POR FERIMENTO PENETRANTE DO TÓRAX

TRAUMATIC CHYLOTHORAX BY GUNSHOT WOUND OF THORAX

Benjamin Smaniotto, TCBC-PR¹
Marlos de Souza Coelho, TCBC-PR²
Esdras Camargo Zanon³
Lincoln Graça Neto³
Aníbal Wood Branco³

INTRODUÇÃO

O quilotórax é uma condição rara em que ocorre um vazamento de quilo para um ou ambos os espaços pleurais, proveniente do ducto torácico ou vaso linfático maior. É uma complicação conhecida da cirurgia cardíaca, com incidência de 0,2% a 1%, 2,2% após ressecções esofágicas,¹ sendo muito pouco freqüente após traumatismos penetrantes.⁵

O ducto torácico surge da cisterna do quilo ao nível da primeira vértebra lombar e ascende pelo mediastino posterior através do hiato aórtico à direita da linha média, onde cruza a superfície vertebral anterior entre T8 e T12 posteriormente ao esôfago entre a aorta e veia ázigos, ascendendo a partir daí, pelo hemitórax esquerdo, a 3 a 5 cm acima da clavícula, onde termina em ângulo agudo na junção das veias subclávia e jugular interna esquerdas.² Tem como principal função o transporte da linfa intestinal e esquelética, a qual se origina do fígado e intestinos em 95% das vezes.

A linfa tem papel importante na manutenção do balanço de fluidos e no mecanismo de absorção das gorduras. A perda de proteínas, gorduras e vitaminas lipossolúveis contidas no quilo, além dos linfócitos e anticorpos, pode trazer sérios defeitos metabólicos e imunológicos em pacientes com quilotórax. Torna-se, portanto, o objetivo desse artigo, relatar dois casos de quilotórax por ferimento penetrante de tórax, devido ao impacto fisiológico, metabólico e nutricional sobre o paciente com fístula quilosa, além de discutir suas formas de tratamento.³

RELATO DOS CASOS

Caso 1: Paciente masculino, 16 anos, vítima de ferimento por arma de fogo em hemitórax direito, orifício de entrada em

região hemiclavicular e saída em região axilar esquerda. Admitido no departamento de emergência (DE), com pressão arterial (PA) 100/60 mmHg, freqüência cardíaca (FC) de 110 bpm e freqüência respiratória (FR) de 35 irm. Trauma Score Revisado (RTS) de 7.55. Após o atendimento inicial, o paciente foi submetido ao exame radiológico, o qual evidenciou um hemopneumotórax de médio volume à direita, optando-se pela drenagem torácica fechada (DTF) sob selo d'água no 6º espaço intercostal direito (EIC) na linha axilar (LA) média. O paciente foi submetido à pan-endoscopia (broncoscopia e esofagoscopia), as quais não demonstraram lesão brônquica e/ou esofágica.

No terceiro dia de pós-operatório (PO) havia um débito de 2.200ml de secreção rósea, onde, suspeitando-se de derrame quilífero, realizou-se o teste de Coloração Sudam III, o qual foi positivo (Figura 1). No quinto PO houve a necessidade de uma nova DTF devido ao mau posicionamento e fixação do dreno. Iniciou-se tratamento conservador através de Nutrição Parenteral Total (NPT) com triglicérides de cadeia média (TCM). No sexto PO, o débito através do dreno era de 1.200ml, após um débito de 1.100ml no quinto PO e 3.400ml no quarto PO. No sétimo PO e oitavo PO, o débito foi de 1.100ml/dia.

No nono PO, o paciente apresentou-se taquipneico, taquicárdico, e na ausculta torácica notou-se diminuição do murmúrio vesicular em base direita. Solicitada radiografia do tórax, observou-se velamento da base direita sugestivo de hemotórax coagulado.

No décimo PO, viu-se que o débito da fístula ainda era alto, optando-se, portanto, pelo tratamento cirúrgico através da ligadura direta da fístula por toracotomia pósterio-lateral direita, o que tornou possível também a coagulectomia e debridamento pulmonar para o hemotórax coagulado associado.

1. Preceptor da Residência de Cirurgia Geral.
2. Preceptor da Residência de Cirurgia Torácica.
3. Médico Residente de Cirurgia Geral.

Recebido em 20/4/98

Aceito para publicação em 1/10/98

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral Hospital Universitário Cajuru – PUC-PR

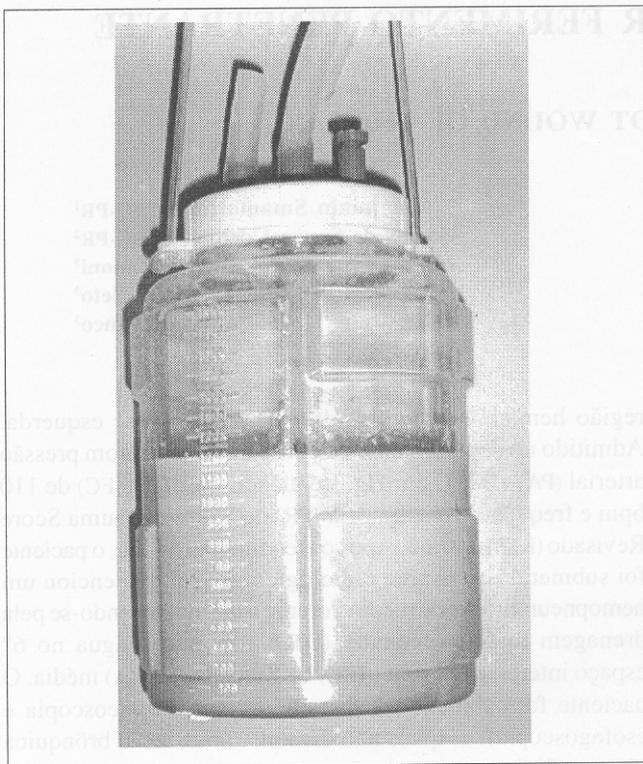


Figura 1 – Drenagem torácica fechada sob selo d'água com derrame quilífero

No pós-operatório não houve débito. A NPT foi suspensa no 4º dia pós-ligadura do ducto e a alimentação oral introduzida. Retirou-se o dreno de tórax no quinto dia pós-ligadura após controle radiológico normal, com o paciente recebendo alta.

Caso 2: Paciente do sexo masculino, 27 anos, vítima de ferimento por projétil de arma de fogo (FAF) em terço superior de hemitórax esquerdo, orifício de entrada em linha hemiclavicular e orifício de saída em terço superior da face posterior do mesmo lado. Admitido no DE com PA 105 x 65 mmHg, FC 105 bpm, FR 30 irm e RTS 7,55. A radiografia de tórax evidenciou hemotórax de médio volume à esquerda. Foi submetido à DTF em sexto EIC esquerdo/LA anterior com drenagem de 1000ml de sangue, com realização de autotransusão de 250 ml.

No pós-operatório, a drenagem foi de 200 ml de sangue no primeiro PO e de 3.200ml de secreção rósea no segundo PO. Realizou-se o teste de Coloração Sudam III, o qual foi positivo, sendo então instituída NPT com TCM. Notou-se diminuição do débito, 2.100ml no terceiro PO e 900 ml, 100 ml e 50 ml no quarto, quinto e sexto PO, respectivamente. O débito foi nulo no sétimo PO, iniciando-se alimentação via oral. O dreno foi retirado no nono PO, com alta no dia seguinte.

Em ambos os relatos, os pacientes eram submetidos à avaliação nutricional segundo parâmetros antropométricos e bioquímicos (albumina e transferrina), onde se observaram níveis moderados de desnutrição, apesar de não se saber

seus estados nutricionais prévios ao traumatismo, pois ambos os casos demonstraram tratar-se de indivíduos de situação sócioeconômica desfavorável, levando-se ainda em consideração o hipercatabolismo resultante do trauma. Os pacientes foram submetidos à NPT, tentando-se equilibrar suas ofertas e demandas calórico-proteicas.

DISCUSSÃO

O quilotórax pode ser classificado em congênito, não-traumático e traumático, este subdividido em iatrogênico (intervenções e cirurgias do tórax) e não-iatrogênico, devido a traumatismos penetrantes e contusos, além do espontâneo e obstrutivo por causas inflamatórias, infecciosas e neoplásicas.^{1,2}

O diagnóstico é usualmente feito em torno de sete a dez dias após o trauma,^{3,4} sendo confirmado pela análise química da secreção pelo teste de Sudam III. A quantidade normal de linfa produzida varia de 1.500-2.000ml/dia.

A terapia utilizada no manejo do quilotórax é variada,⁴ porém, a mais aceita é o tratamento conservador incluindo jejum, DTF e NPT com TCM, já que estes são absorvidos quase totalmente pelo sistema porta, trazendo ao paciente menos conseqüências metabólico-nutricionais, ao contrário dos triglicérides de cadeia longa, que são absorvidos via ducto torácico. Sabe-se que os indivíduos politraumatizados são hipercatabólicos e muitas vezes exibem condições sócio-econômicas desfavoráveis, apresentando portanto um estado imunológico e nutricional precários, que, somados a uma fístula quilosa, aumentam a taxa de morbi/mortalidade. Pode-se optar pelo tratamento cirúrgico caso não haja diminuição do débito em uma semana, eventualmente três a quatro semanas.^{3,4}

O tratamento cirúrgico abrange várias opções, entre elas a ligadura direta da fístula quando se consegue sua localização intra-operatória, facilitada pela utilização de dieta hipergordurosa no pré-operatório. A linfografia tem lugar como procedimento pré-operatório na tentativa de se localizar a fístula, facilitando sua ligadura operatória.³ Vale-se ressaltar que, mesmo com o uso de tais manobras, o processo inflamatório e aderencial pulmonar freqüentemente inviabiliza tal abordagem cirúrgica.

Outra forma de se abordar tal fístula seria a ligadura em massa de todo tecido entre a aorta e a veia ázigos, como preconiza Patterson et al (1980), quando não se consegue localizar a fístula nem tampouco o ducto torácico. Outro acesso nos casos de difícil localização é através da ligadura do ducto torácico, logo acima de sua entrada no mediastino, por toracotomia direita, independente se o quilotórax está à direita ou à esquerda, ou por laparotomia mediana com frenotomia.⁵ A pleurodese tem sido pouco utilizada, ficando indicada nos casos pós-resssecções pulmonares, onde, pelo espaço morto pleural residual não se consegue o fechamento completo da fístula. Alguns autores têm utilizado a pleurodese para o pós-

operatório de doenças malignas que evoluem com tal complicação, já que nestes casos são fístulas resistentes ao tratamento conservador.¹ Observa-se que, conforme a literatura, a opção terapêutica através de jejum, DTF e NPT parece ser o

tratamento de escolha inicialmente, e nos casos onde não há sucesso, tem-se a toracotomia como método terapêutico para abordagem do ducto, seja de maneira direta, quando possível, ou logo acima do diafragma.

ABSTRACT

The authors report two cases of traumatic chylothorax. They were caused by gunshot wounds producing thorax transfixing injuries and the chylothorax was subsequently diagnosed during the thoracic drainage follow-up, a chiloous color was noticed in the drainage output. This was confirmed with a Sudan III stain. Both cases were treated conservatively with Total Parenteral Nutrition according to the current literature. One of the cases, in its evolution, required surgical treatment due to a persistent high output fistulae.

Key Words: Chylothorax; Trauma; Penetrating.

REFERÊNCIAS

1. Nakano A, Kato M, Watanabe T – OK-432 Chemical pleurodesis for the treatment of persistent chylotorax. *Hepatogastroenterolog* 1994;41:568-70.
2. Paes ML, Powel H – Chylotorax: an update. *British Journal of Hospital Medicine* 1994;51:(9)482-90.
3. Hood MR, Boyd AD, Culliford TA – *Thoracic Trauma*. W.B. Saunders Company 1989;16:378-80.
4. Fogli L, Gordini P – Conservative management of traumatic chylothorax: a case report. *Intensive Care Medicine* 1993; 9:176-77.
5. Miyamura H, Watanabe H, Eguchi S, et al – Ligation of the thoracic duct through transabdominal phrenotomia for chylothorax after heart operations. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1994;107:309-25.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Esdras Camargo Zanoni
Rua José de Alencar, 161/61
80050-240 – Curitiba-PR

