

HEMOPTISE MACIÇA 14 ANOS APÓS FERIMENTO POR PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO

MASSIVE HEMOPTYSIS 14 YEARS AFTER A GUNSHOT WOUND

Giovanni Antonio Marsico, TCBC – RJ,¹
Dirceo Edson de Azevedo, ACBC – RJ,²

INTRODUÇÃO

Seqüelas pulmonares causadas por trauma são raras, assim como as complicações causadas pela presença de projéteis de armas de fogo no parênquima pulmonar¹. Os autores relatam o caso de um paciente que apresentou hemoptise maciça, 14 anos após ter sofrido agressão por arma de fogo.

RELATO DO CASO

Paciente branco, sexo masculino com 54 anos de idade, relatava que há seis dias vinha apresentando hemoptise diária com cerca de 100ml de volume. Nas últimas 48 horas evoluiu com dois episódios de hemoptise com volume acima de 600 ml em 24 horas. No momento da internação no Hospital Municipal do Andaraí-RJ, ainda apresentava hemoptise de pequena monta. Informava ter sofrido agressão com arma de fogo há quatorze anos, quando foi submetido a drenagem intercostal fechada no hemitórax direito. Negava episódios anteriores de hemoptise ou qualquer outro sintoma respiratório. O paciente estava extremamente ansioso, apresentava mucosas coradas, hidratado, eupnéico, pulso cheio e amplo com 100 batimentos por minuto, pressão arterial de 140x85 mmHg e hematócrito de 35%. A radiografia de tórax em pósterio-anterior e perfil esquerdo, mostrava um projétil de arma de fogo na topografia do lobo médio e outro em partes moles na região axilar direita (Figura 1). Na tomografia computadorizada

foi encontrado: opacidade em vidro fosco localizada no lobo médio, sugerindo inundação alveolar por sangue e projétil de arma de fogo localizado no centro da opacidade (Figura 2). Sob anestesia tópica, o paciente foi submetido a broncoscopia rígida. Encontramos sangue na traquéia e no brônquio principal direito, que foi seletivamente intubado. Em seguida foi identificado sangramento proveniente do brônquio do lobo médio. Por meio de lavagens endobrônquicas sucessivas, realizadas com o total de 300 ml de soro fisiológico gelado a 4° C, o sangramento foi controlado. O restante do exame foi considerado normal. Foram negativas a pesquisa de fungos, bacilos álcool-ácido resistentes e células neoplásicas no broncoaspirado e no escarro. Os exames pré-operatórios e a prova de função pulmonar, foram considerados normais.

Cinco dias após a internação, com a hemoptise controlada, sob anestesia geral e intubação orotraqueal com tubo de luz única, o paciente foi submetido a toracotomia pósterio-lateral direita. Sínfises pleuropulmonares foram desfeitas. Na inspeção, o lobo médio era macroscopicamente normal, com projétil único de arma de fogo no seu interior. O restante do parênquima pulmonar foi considerado normal. Em seguida, procedemos à ressecção do lobo médio. O paciente evoluiu sem complicações, obtendo alta hospitalar no décimo dia de pós-operatório. O exame histopatológico do lobo médio mostrou processo inflamatório crônico, alvéolos preenchidos por sangue e algumas áreas de bronquiectasias. Após dois

1. Cirurgião de Tórax do Hospital Municipal do Andaraí-RJ; Cirurgião de Tórax do Instituto de Doenças do Tórax - UFRJ
2. Chefe do Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Municipal do Andaraí - RJ

Recebido em 27/07/2002

Aceito para publicação em 18/03/2003

Trabalho realizado no Hospital Municipal do Andaraí - RJ, Serviço de Cirurgia Torácica.

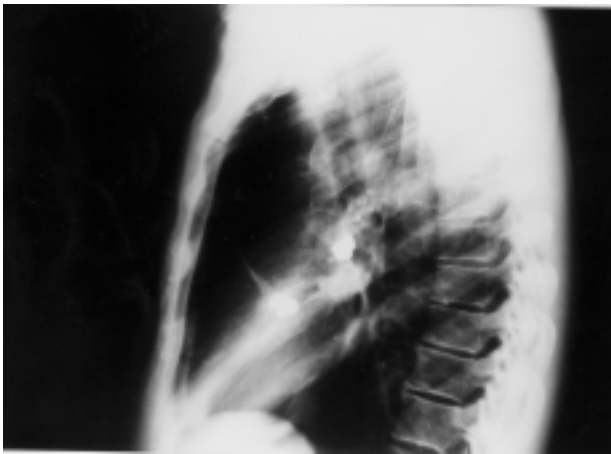
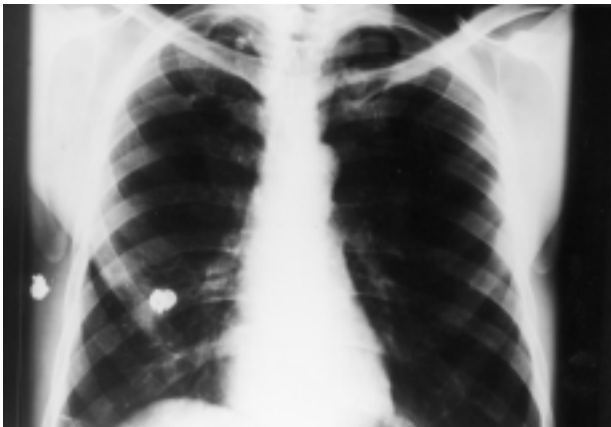


Figura 1 - Radiografia de tórax em PA e perfil. Projétil de arma de fogo em topografia de lobo médio e na parede torácica, região axilar.

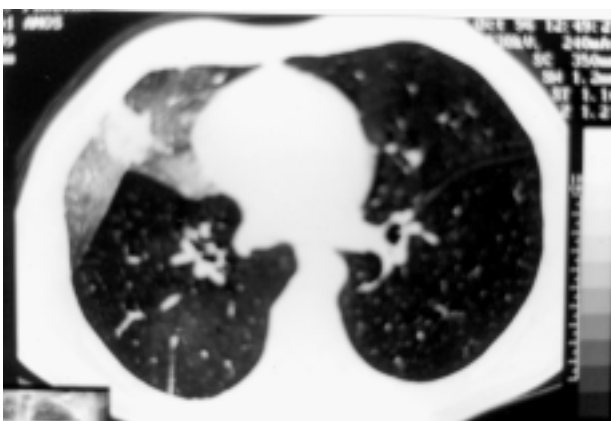


Figura 2 - Tomografia computadorizada, mostra opacidade em vidro fosco localizada no lobo médio, sugerindo inundação alveolar por sangue e projétil de arma de fogo localizado no centro da opacidade.

anos de acompanhamento o paciente encontra-se assintomático.

DISCUSSÃO

Excepcionais são os relatos de hemoptise causada por projétil de arma de fogo retido no parênquima pulmonar. A maioria dos projéteis e dos corpos estranhos retidos no pulmão, após a cicatrização e a cura, são circundados por tecido fibroso e se mantêm inertes. Dificilmente migram ou causam erosão após a fixação. A remoção de projéteis quiescentes no parênquima pulmonar está contra indicada, pois raramente causam problemas ^{1,2}.

Os corpos estranhos metálicos são facilmente identificados pela radiografia de tórax, porém, o mesmo não ocorre com os componentes plásticos que podem ser confundidos com abscessos, bola fúngica e outras ^{1, 3, 4}.

No pulmão, especialmente se o corpo estranho for grande e espiculado, a retirada profilática em virtude da maior propensão à migração e à erosão depende da natureza, tamanho e localização. Corpos estranhos associados a dor persistente, expectoração purulenta, hemoptise, abscesso, fístulas artériovenosas e na suspeita de câncer, devem ser retirados desde que sejam identificados como causadores do problema. Em alguns casos a simples remoção do agente agressor será resolutive; em outros, torna-se necessário ressecar, também, a doença parenquimatosa. As cirurgias possíveis, são: pneumotomia, ressecção em cunha, lobectomia ou pneumectomia. Nos casos de erosão e migração para a árvore brônquica, é viável a tentativa de retirada por broncoscopia ou broncotomia. Raros são os relatos de erosão de corpos estranhos para a árvore brônquica causando obstrução total do brônquio, atelectasia, pneumonias recorrentes e bronquiectasias. Foi descrito a expectoração espontânea de projétil de arma de fogo que após erodir o parênquima pulmonar migrou para a luz brônquica. Alteração na posição do corpo estranho no parênquima pulmonar indica mobilidade, com risco de causar erosão e outras complicações, e, portanto, deve ser retirado ¹⁻⁵.

As complicações causadas pelos corpos estranhos retidos nos pulmões podem surgir muitos anos depois da lesão inicial. Entre os sintomas e sinais a hemoptise é o mais comum, e enquanto o fator etiológico permanecer, apresenta caráter recidivante. Encontramos descrições de complicações após o transcurso de até vinte e cinco anos depois da agressão. Vogt-Moykopf *et al* ⁵ retiraram corpos estranhos metálicos do pulmão de 55 pacientes sobrevi-

ventes da segunda guerra mundial, dos quais 34 com hemoptises recorrentes e oito com episódio único. Outros sintomas e sinais incluíam: dor no tórax em 24 pacientes, tosse intermitente em 13, com dispnéia causada pelas alterações inflamatórias 12, escarro purulento em nove, febre em sete, pleurite seis, broncopneumonia em seis, evoluíram com fístulas quatro pacientes e com perda de peso três.

Em nosso paciente, o projétil de arma de fogo permaneceu retido no pulmão por 14 anos. Durante esse período o paciente manteve-se assintomático, quando então apresentou hemoptises volumosas provenientes do lobo médio, provavelmente, causadas pelas alterações inflamatórias encontradas no parênquima, induzidas pela presença do projétil de arma de fogo.

ABSTRACT

A 54 - year-old male returned 14 years after a gunshot wound to the chest with intermitent hemoptysis that progressed to frank pulmonary hemorrhage. The complications of retained intrapulmonary foreign body are briefly reviewed.

Key Words: *Hemoptysis; Lung; Wounds, gunshot; Thoracic injuries; Foreign bodies.*

REFERÊNCIAS

1. Bilello JF, Kaups KL, Davis JW - Delayed pulmonary hemorrhage 17 years after gunshot wound to the chest. *Ann Thorac Surg*, 2001, 71(6):2011-2013.
2. Saunders MS, Cropp AJ, Awad M - Spontaneous endobronchial erosion and expectoration of a retained intrathoracic bullet: case report. *J Trauma*, 1992, 33(6):909-911.
3. Clark JG, Shaw RC - Pulmonary cavitation and massive hemoptysis caused by an unsuspected intraparenchymal foreign body. *Chest*, 1980, 78(5):776-777.
4. Kovnat DM, Anderson WM, Rath GS, et al. - Hemoptysis secondary to retained transpulmonary foreign body. Diagnosis by fiberoptic bronchoscopy 28 years after injury. *Am Rev Respir Dis*, 1974, 109(2):279-282.
5. Vogt-Moykopf I, Krumhaar D - Treatment of intrapulmonary shell fragments. *Surg Gynecol Obstet*, 1966, 123(6):1233-1236.

Endereço para correspondência:

Giovanni Antonio Marsico

Hospital Municipal do Andaraí – Cirurgia Torácica, sétimo andar

Rua Leopoldo 280, Andaraí,

CEP 21541-170 – Rio de Janeiro - RJ

Tel. 25757035

E-mail: marsicog@gbl.com.br