



# FÍSTULA TRAQUEO-ESOFÁGICA PÓS FERIMENTO POR PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO: UM RELATO DE CASO

Amanda R Cavalcanti<sup>1</sup>. Luis Gustavo Azevedo<sup>2</sup>. Alexandre de Azevedo<sup>3</sup>. Gustavo Lucas Lorelo<sup>4</sup>. Matheus F Vieira<sup>5</sup>

## INTRODUÇÃO

Fístulas tráqueo-esofágicas adquiridas são uma condição rara e um problema desafiador tanto no âmbito do diagnóstico quanto no seu tratamento. Devido a sua posição privilegiada no que diz respeito a proteção, lesões no esôfago não são comuns quando falamos de traumas perfurantes no pescoço; sinais e sintomas geralmente são sutis e, caso a lesão não seja ativamente procurada, pode passar despercebida. Por outro lado, lesões traqueais tem sinais mais ostensivos e, por isso, tendem a ter diagnóstico e tratamento mais precoces.

O atraso no diagnóstico de lesões combinadas em traquéia e esôfago pode causar uma estenose severa de ambas as estruturas com formação de fístula.

Exame físico cuidadoso, endoscopia e esofagografia contrastada, de forma separada ou conjunta, podem auxiliar no diagnóstico precoce.

O reparo cirúrgico em uma única etapa é o tratamento mais comum na fístula traqueo-esofágica por trauma e em outras condições adquiridas, sendo o controle de sepse essencial antes de qualquer abordagem cirúrgica.

## RELATO DE CASO

M.S.A, sexo masculino, 34 anos, no dia , relatou sentir forte dor no peito enquanto dirigia, adentrando a emergência mais próxima onde se evidenciou orifício paraesternal esquerdo sugestivo de lesão por projétil de arma de fogo (PAF), suspeita esta que foi confirmada pós Tomografia Computadorizada (TC) de tórax. Além disso, o paciente evoluiu com enfisema subcutâneo, hematêmese, hemoptise e engasgo. O paciente foi transferido para hospital referência em cirurgia torácica, onde deu entrada com piora da sintomatologia, prostrado e febril. No local, nova TC de tórax evidenciou trajeto fistuloso entre esôfago e traquéia, que foi confirmado pela esofagografia baritada.

O tratamento cirúrgico foi indicado, sendo o paciente submetido a uma cervicotomia esquerda na borda do músculo esternocleidomastóideo estendida com esternotomia mediana, onde se viu processo inflamatório ao redor do PAF, lesão traqueal de cerca de 4 cm de extensão e lesão esofágica de cerca de 5 cm de extensão, além de erosão do tronco braquiocefálico, que foi ligado. Também foi realizada rafia das lesões de traquéia e esôfago com colocação de patch do timo remanescente entre as suturas e drenagem torácica devido a pneumotórax bilateral durante o ato cirúrgico.



O paciente teve evolução satisfatória, mesmo apresentando tosse e disfagia após duas semanas, quando foi realizada tentativa de reintrodução alimentar. Foi realizada endoscopia digestiva que evidenciou edema intenso, impedindo a passagem do aparelho. A broncoscopia apresentou pequena fístula entre parede anterior, sendo realizada gastrostomia alimentar e drenagem mediastinal. Após duas semanas, foi possível a reintrodução alimentar oral, tendo o paciente boa aceitação.



A endoscopia de controle, realizada no dia 08 de maio de 2019, evidenciou regressão do edema, pequena diminuição do calibre esofágico, boa cicatrização e lesão traqueal com boa evolução e fechamento espontâneo após drenagem mediastinal. Após ligadura do tronco braquiocefálico não houve repercussão vascular, apenas pequeno edema em membro superior direito.

## DISCUSSÃO

Fístulas traqueoesofágicas são condições desafiadoras, uma vez que há contínuo derrame de conteúdo oriundo do esôfago para a árvore traqueobrônquica, causando congestão, infecção, pneumonia, atelectasias e obstrução bronquial. O diagnóstico e tratamento precoces são de grande importância para prevenir complicações futuras, como, por exemplo, a Síndrome de Mendelson. O diagnóstico de fístula deve ser suspeitada em todo paciente com lesões traqueo-esofágicas combinadas que desenvolvam sintomas respiratórios súbitos. Usando recursos clínicos, radiológicos e endoscópicos, tanto digestivo quanto broncoscópico.

A conduta no pré-operatório é guiada por medidas como postergar o fechamento cirúrgico até suporte ventilatório não ser mais necessário, associado a uso de sonda gástrica de drenagem para prevenir complicações do refluxo gastrointestinal e sonda de jejunostomia para alimentação. O tratamento definitivo de fístulas traqueo-esofágicas adquiridas é cirúrgico, com a completa separação das duas estruturas e, se necessário, o uso de retalhos musculares, visando prevenir recorrência, com estratégia indicada a partir da topografia da lesão.

Vazamentos pós operatórios pequenos podem ser manejados de forma conservadora através de intervenções endoscópicas com aplicação de cola de cianoacrilato ou mesmo pela substituição da alimentação oral por alimentação através de sonda nasojejunal.

**REFERÊNCIAS:** 1- Al Harakeh H, Tulimat T, Sfeir P, Hallal A. Penetrating shrapnel injury to the chest presenting as a delayed tracheoesophageal fistula (TEF). A case report. Trauma Case Rep. 2018; 17: 5-8.

2- Shama DM, Odell J. Penetrating neck trauma with tracheal and oesophageal injuries. Br J Surg. 1984; 71(7): 534-6.

3- Kanne JP, Stern EJ, Pohlman TH. Trauma cases from Harborview Medical Center. Tracheoesophageal fistula from a gunshot wound to the neck. AJR Am J Roentgenol. 2003; 180(1): 212.

4- Asensio JA, Chahwan S, Forno W, MacKersie R, Wall M, Lake J, et al. Penetrating esophageal injuries: multicenter study of the American Association for the Surgery of Trauma. J Trauma. 2001; 50(2): 289-96