

# Ferimento por arma de fogo com orifício de entrada em região cervical anterior na zona II

Rodrigues J M S<sup>1</sup>, Tebar G K<sup>2</sup>, Papais J P<sup>2</sup>, Lopes V H<sup>3</sup>, Siqueira P C<sup>4</sup>, Lazarin L R<sup>4</sup>, Anelli L C<sup>4</sup>

1 Chefe do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde/PUC-SP maurodoc@uol.com.br

2 Médicas Residente de Cirurgia Geral

3 Médico Residente em Cirurgia do Trauma

4. Acadêmicos de Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde/PUC-SP

## Introdução

A natureza e a frequência da violência por armas de fogo, combinadas com seu impacto substancial na saúde e segurança dos brasileiros, fazem dela um importante problema de saúde pública. O trauma na região cervical compreende 5 a 10% dos casos de trauma, do qual pode ser causado principalmente por arma de fogo. O trauma cervical pode ser dividido com base na profundidade da lesão, caso haja o rompimento do músculo platísmo o ferimento é classificado como penetrante, o qual acomete com maior incidência pacientes do sexo masculino com faixa etária entre 24 e 34 anos. O manejo penetrante de lesões no pescoço é complexo, sendo que a decisão de encaminhar um paciente com lesão cervical penetrante imediatamente para intervenção cirúrgica depende em grande parte do estado fisiológico e dos achados clínicos no exame.

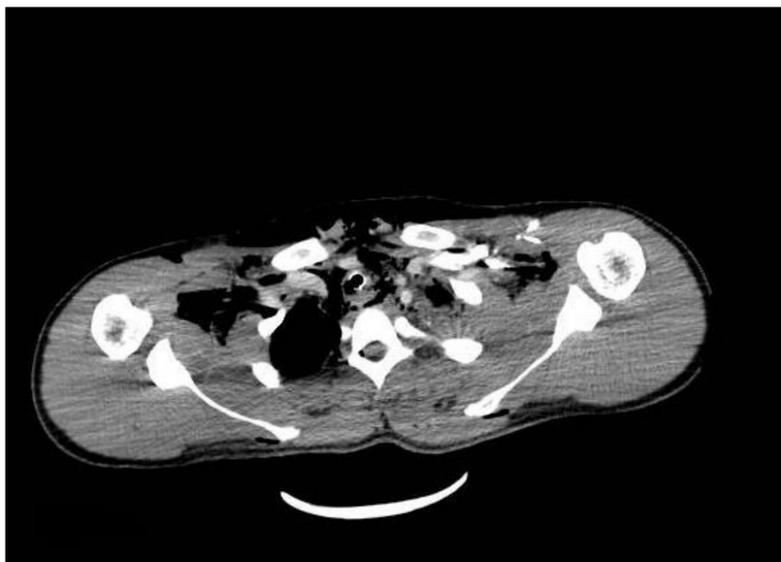
## Relato do Caso

Paciente masculino, 17 anos, procedente de Sorocaba, vítima de ferimento por arma de fogo com orifício de entrada em região cervical anterior, zona II, e orifício de saída em dorso à esquerda. Foi trazido pela equipe do SAMU, sem prancha rígida ou colar cervical. Realizado atendimento segundo ATLS, além de exames complementares como Tomografia Computadorizada e Endoscopia Digestiva Alta.

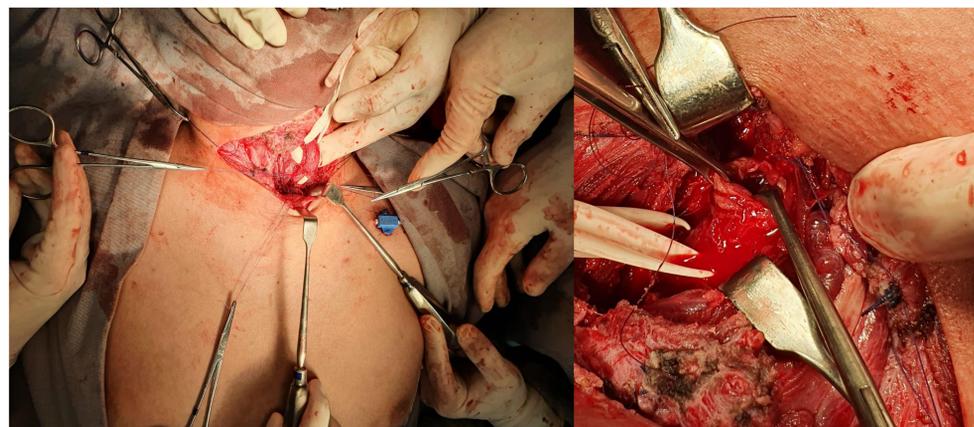
Paciente em questão manteve estabilidade hemodinâmica durante a realização de todos os exames de imagem, sendo optado pela realização de cervicotomia.

Realizada a cervicotomia diagnóstica com incisão cervical em colar e descolamento de retalhos com abertura da musculatura até fáscia endocervical. Evidenciou-se lesão traqueal e esofágica anterior puntiforme de aproximadamente 1,5cm.

Após cirurgia sem intercorrências, paciente foi encaminhado à unidade de terapia intensiva, onde foi realizado os cuidados pós operatórios. Paciente teve evolução estável, se alimentando via gastrostomia e em ventilação espontânea via traqueostomia metálica, recebendo alta hospitalar após alguns dias.



Tomografia de pescoço com injeção de contraste intravenoso podendo-se evidenciar extenso enfisema subcutâneo e em planos profundos cervicais.



Imagens: Cervicotomia diagnóstica mais lesão esofágica

## Discussão

Em caso de lesões cervicais em zona II para aqueles sem sinais de choque e assintomáticos, os mesmos podem ser observados sem necessidade de exames complementares. Diferente do caso descrito, cujo mesmo possuía sintomas de lesão esofágica e traqueal como enfisema subcutâneo, hematoma em região o cervical e até mesmo o próprio trajeto do projétil, dessa forma, optou-se pela realização de exames de imagem.

Em relação a abordagem cirúrgica de lesões de vias aéreas e trato digestivo sabe-se que estão intimamente relacionadas à alta morbimortalidade devido as principais complicações, como sepse e mediastinite. Para tratamento das vias aéreas o manejo se dá através da intubação orotraqueal. No caso de lesões pequenas pode se lançar mão de sutura primária, no entanto para as maiores deve-se ser realizada a traqueostomia; Apesar da lesão pequena do caso abordado, o que poderia nos abrir margem para realização da sutura primária da mesma com drenagem do local, havia se passado mais de 24 horas do trauma inicial.

Já lesões que acometem o esôfago requerem abordagem criteriosa. O pior prognóstico dos pacientes está intimamente relacionado ao tempo de abordagem após a lesão, sabendo-se que a taxa de morbimortalidade cresce substancialmente quando tratamento não é realizado precocemente. Recomenda-se nas primeiras 12 horas após o ferimento a realização do reparo primário da lesão seguida de drenagem da ferida e após essas horas a realização da esofagostomia com uma definição de via alimentar e antibioticoterapia de amplo espectro, devido a possível infecções do mediastino. No caso apresentado optou-se pela realização da esofagostomia com gastrostomia devido ao tempo decorrido para o mesmo ser abordado.

## Conclusão

Fica evidente que os métodos diagnósticos com exames de imagem nos auxiliam muito em traumas cervicais atualmente, diminuindo substancialmente abordagens desnecessárias. Paciente em questão optou-se pela realização da esofagostomia com gastrostomia e a realização da traqueostomia.

## Bibliografia

1. CASSIMIRO, A. D. et al. Abordagem do trauma cervical penetrante na zona II. Revista Médica de Minas Gerais, v. 20, n. 4, p. 48–50, 2010.
2. NOWICKI, J. L.; STEW, B.; OOI, E. Penetrating neck injuries: A guide to evaluation and management. Annals of the Royal College of Surgeons of England, v. 100, p. 6–11, 2018.
3. BOFFARD, K. D. Manual of definitive surgical trauma care. 5th ed ed. New York: CRC Press, 2019.