

# TRAUMA TORÁCICO SEVERO (TTS) ASSOCIADO À COMPLETA LUXAÇÃO GLENOUMERAL COM EXPOSIÇÃO DE ÚMERO EM PACIENTE POLITRAUMATIZADO: RELATO DE CASO

*Data de submissão: 09/05/2023*

*Data de aceite: 03/07/2023*

### **Gabriel Antunes Franco da Silva**

Acadêmico de medicina pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UFRJ), Macaé, Rio de Janeiro, Brasil.  
<https://lattes.cnpq.br/7470755123739224>

### **Robson Vieira da Silva**

Acadêmico de medicina pela Faculdade de Medicina de Campos (FMC), Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil.  
<http://lattes.cnpq.br/7601645879962565>

### **Fernanda Pinto Torquato**

Acadêmica de medicina pela Faculdade de Medicina de Campos (FMC), Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil.  
<https://lattes.cnpq.br/8929819894199484>

### **Maria Luísa Manhães Motta Ribeiro Gomes**

Acadêmica de medicina pela Faculdade de Medicina de Campos (FMC), Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil.

### **Karla Ribeiro Gama**

Acadêmica de medicina pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UFRJ), Macaé, Rio de Janeiro, Brasil.

### **Camila Rodrigues de Melo**

Médica residente de Cirurgia Geral pela Prefeitura de Macaé, Rio de Janeiro, Brasil.

**RESUMO:** O Trauma Torácico Severo (TTS) em um paciente politraumatizado indica uma maior morbimortalidade, possuindo complicações como hemorragia, choque, sepse, falência múltipla de órgãos e insuficiência respiratória. A gravidade desse trauma depende de fatores anatômicos como número de costelas fraturadas, presença de fraturas bilaterais, tórax instável e contusão pulmonar, sendo determinante para o manejo do paciente. Este relato trata-se de um caso de um TTS causado por acidente motociclístico seguido de atropelamento que apresentava sinais instabilidade hemodinâmica e choque, além de redução de murmúrio vesicular bilateralmente, dor torácica e dor em MSD, sendo observada exteriorização da cabeça do úmero direito no momento de admissão, sem indícios externos de tórax instável. Paciente foi estabilizada com reposição volêmica e protocolo de transfusão com hemocomponentes e encaminhada para realização de Tomografia Computadorizada (TC). No entanto, a paciente encontrava-se hemodinamicamente instável e hipoxêmica, o que exigiu sedoanalgesia para intubação orotraqueal e suporte com ventilação mecânica antes da ida ao Centro Cirúrgico da unidade. Posteriormente, foi submetida

a esplenectomia, devido a contusões-lacerações grau IV no baço, e drenagem torácica em selo d'água bilateralmente, por conta da presença de hemopneumotórax à esquerda e pneumotórax à direita. Além de limpeza mecânico-cirúrgica com redução cruenta de luxação exposta de úmero direito. Após procedimento cirúrgico, a paciente foi encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde permaneceu no pós-operatório sedada, sob Ventilação Mecânica durante 14 dias e hemodinamicamente estável. Nos 24 dias subsequentes na UTI, a paciente esteve com otimização de analgésicos para controle da dor, antibioticoterapia para controle de infecções e fisioterapia respiratória e motora com a finalidade de retomar sua capacidade respiratória e possibilitar a alta da UTI. Após esses 38 dias, a paciente foi encaminhada para a enfermaria, onde ficou em observação por 5 dias e, em seguida, recebeu alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial.

**PALAVRAS-CHAVE:** Politraumatizado; Trauma Torácico Severo; Tórax Instável e Luxação exposta.

### SEVERE THORACIC TRAUMA (STT) ASSOCIATED WITH COMPLETE GLENOHUMERAL LUXATION WITH HUMERUS EXPOSURE IN A POLYTRAUMATIZED PATIENT: CASE REPORT

**ABSTRACT:** Severe Thoracic Trauma (STT) in a polytraumatized patient indicates greater morbidity and mortality, with complications such as hemorrhage, shock, sepsis, multiple organ failure and respiratory failure. The severity of this trauma depends on anatomical factors such as the number of fractured ribs, the presence of bilateral fractures, flail chest and pulmonary contusion, being determinant for patient management. This report is about a case of a TTS caused by a motorcycle accident followed by being run over that showed signs of hemodynamic instability and shock, in addition to a reduction in bilateral breath sounds, chest pain and pain in the RUL, with exteriorization of the head of the right humerus being observed in the admission, without external signs of flail chest. The patient was stabilized with volume replacement and transfusion protocol with blood components and referred for Computed Tomography (CT). However, the patient was hemodynamically unstable and hypoxemic, which required sedoanalgesia for orotracheal intubation and support with mechanical ventilation before going to the Surgical Center of the unit. Subsequently, she underwent splenectomy, due to grade IV contusions-lacerations in the spleen, and water-seal thoracic drainage bilaterally, due to the presence of hemopneumothorax on the left and pneumothorax on the right. In addition to mechanical-surgical cleaning with open reduction of exposed dislocation of the right humerus. After the surgical procedure, the patient was transferred to the Intensive Care Unit (ICU), where she remained sedated postoperatively, under mechanical ventilation for 14 days and hemodynamically stable. In the subsequent 24 days in the ICU, the patient was receiving analgesics optimization to control pain, antibiotic therapy to control infections and respiratory and motor physiotherapy in order to regain her breathing capacity and allow her to be discharged from the ICU. After these 38 days, the patient was referred to the ward, where she was observed for 5 days and then discharged for outpatient follow-up.

**KEYWORDS:** Polytraumatized; Severe Thoracic Trauma; Unstable Chest and Exposed Dislocation

## 1 | INTRODUÇÃO

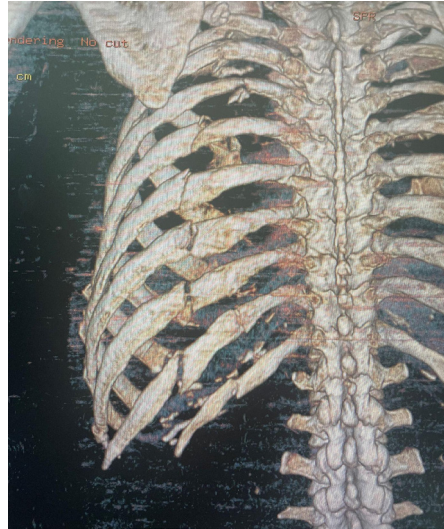
Este relato descreve um caso de um paciente politraumatizado grave que apresentou grande acometimento de gadiil costal bilateralmente, com todas os arcos costais fraturados em hemitórax esquerdo e múltiplas fraturas em hemitórax direito, sendo considerado um Trauma Torácico Severo (TTS) e, simultaneamente, um tórax instável. Ademais, ocorreu uma luxação completa com exposição de  $\frac{1}{4}$  do úmero direito, além de lesão com contusões-lacerações grau IV no baço. Paciente foi submetida à drenagem torácica em selo d'água bilateralmente, esplenectomia e redução cruenta da luxação exposta de úmero (Figura 4).

## 2 | RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 36 anos, admitida no Hospital Ferreira Machado, em Campos dos Goytacazes - RJ, após um acidente motociclístico seguido de um atropelamento. Na admissão apresentava sinais de instabilidade hemodinâmica, com hipotensão, taquicardia, hipoxemia, hipoperfusão periférica e leve desorientação, além de redução de murmúrio vesicular bilateralmente, dor torácica e em MSD, sendo observada a cabeça do úmero direito no meio externo. Sendo iniciada reposição volêmica e protocolo de transfusão com hemocomponentes. A Tomografia Computadorizada (TC) evidenciou fraturas de todas as porções posteriores de arcos costais esquerdos (Figura 1) (Figura 2), associadas à hemopneumotórax moderado com enfisema subcutâneo e múltiplas fraturas em arcos costais direitos, com pneumotórax pequeno. A porção abdominal revelou lesão com contusões-lacerações grau IV no baço, hematoma e líquido livre peritoneal (Figura 3). O Scout da TC exibiu luxação completa com exposição de  $\frac{1}{4}$  do úmero direito.

Dessa maneira, a paciente foi submetida à laparotomia exploradora, com realização de esplenectomia, revisão de hemostasia e lavagem da cavidade, após ato inventário não identificar outras lesões no abdômen. Realizada drenagem torácica em selo d'água bilateralmente com dreno n° 28 à direita e n° 32 à esquerda e limpeza mecânico-cirúrgica com redução cruenta de luxação exposta de úmero direito.

Após procedimento cirúrgico pela equipe de Cirurgia Geral e Ortopedistas, a paciente foi encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde permaneceu no pós-operatório sedada, com tubo orotraqueal (TOT) sob Ventilação Mecânica (VM) e hemodinamicamente estável. Permaneceu com sedoanalgesia, TOT e VM por 13 dias. Foi extubada no 14° dia de pós-operatório e introduzido cateter nasal de O2 5L/Min. Foram 38 dias de internação na UTI com otimização de analgésicos para controle da dor, antibioticoterapia para controle de infecções e fisioterapia respiratória e motora com a finalidade de reduzir incapacidades respiratórias e motoras favorecendo um desmame mais precoce e reduzindo a duração de permanência na UTI e suas sequelas. No 39° dia de internação hospitalar, foi encaminhada para enfermaria com acompanhamento da equipe médica até a alta hospitalar para dar seguimento com acompanhamento ambulatorial.



**Figura 1:** Tomografia Computadorizada de Arcos Costais Esquerdos (visão posterior).



**Figura 2:** Tomografia Computadorizada de Arcos Costais Posteriores.



**Figura 3:** Tomografia Computadorizada de Abdômen com Contraste Venoso.



**Figura 4:** Exposição de Úmero Direito.

### 3 | DISCUSSÃO

O Trauma Torácico Severo (TTS) em um paciente politraumatizado indica uma maior morbimortalidade, o TTS possui complicações como hemorragia, choque, sepse, falência múltipla de órgãos e insuficiência respiratória. A gravidade desse trauma depende de fatores anatômicos como número de costelas fraturadas, presença de fraturas bilaterais, tórax instável e contusão pulmonar. Além de fatores como a capacidade ventilatória, uso de medicamentos e doenças prévias do paciente. Exames complementares, como o Raio-X e a Tomografia Computadorizada de tórax permitem um maior detalhamento do trauma. Logo, é preciso determinar a gravidade do TTS para realizar o manejo desse paciente. Dessa forma, é preciso otimizar a analgesia, realizar suporte por meio de oxigenação adequada e evoluir com fisioterapia respiratória e motora. No caso em questão, a paciente encontrava-se hemodinamicamente instável e hipoxêmica, o que exigiu realização de sedoanalgesia para intubação orotraqueal, toracostomia bilateral para drenagem de hemotórax e pneumotórax

e suporte com ventilação mecânica.

## REFERÊNCIAS

AHUMADA-JIMÉNEZ, Victor *et al.* **Trauma torácico severo (TTS): experiencia en el Hospital Domingo Luciani: Caracas.** Revista Venezolana de Cirugía, v. 63, ed. 4, p. 184-190, dezembro 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-618763>. Acesso em: 20 jun. 2022.

GRUBMÜLLER, Michael *et al.* **Severe thoracic trauma – still an independent predictor for death in multiple injured patients?** Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, v. 26, 8 jan. 2018. DOI <https://doi.org/10.1186/s13049-017-0469-7>. Disponível em: <https://sjtrem.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13049-017-0469-7>. Acesso em: 21 jun. 2022.

MARQUES, Fabiano *et al.* **Luxação aguda de ombro: avaliação e tratamento / Acute shoulder luxation: evaluation and treatment.** Acta médica, v. 34, ed. 7, 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-880514>. Acesso em: 21 jun. 2022.

SCAPOLAN, Máira Benito *et al.* **Thoracic trauma: analysis of 100 consecutive cases.** Einstein (São Paulo), v. 8, ed. 3, setembro 2010. DOI 10.1590/S1679-45082010AO1532. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26760151/>. Acesso em: 20 jun. 2022.

SIMON, Jonathan B; WICKHAM, Alex J. **Blunt chest wall trauma: an overview.** British journal of hospital medicine, v. 80, ed. 12, 2 dez. 2019. DOI <https://doi.org/10.12968/hmed.2019.80.12.711>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31822181/>. Acesso em: 21 jun. 2022.