

Paciente politraumatizada com escalpelamento e trauma torácico com evolução de pneumonia, síndrome respiratória aguda grave (SRAG), fistula pulmonar, necessidade de ECMO, lobectomia e desfecho favorável.

Introdução:

Politrauma é uma condição que predispõe resposta inflamatória por haver liberação sistêmica de citocinas pró-inflamatórias. Concomitante a isso, o trauma torácico aumenta mais ainda a chance de desenvolvimento de síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), o que aumenta chances de desenvolver pneumonias¹ (HEIDER et al, 2017).

Relato de caso:

Paciente feminina, 26 anos, hígida, vítima de acidente automobilístico de colisão com alta cinética (moto x caminhão), politraumatizada gravemente, com 70% de escalpelamento, hemopneumotórax, fratura exposta de punho e mão. Admitida em unidade de terapia intensiva (UTI), em mau estado geral, à tomografia (TC) de tórax apresentava hidropneumotórax extenso à esquerda, consolidações, atelectasia e fratura de múltiplos arcos costais e desvio de mediastino. Paciente evoluiu com resposta inflamatória ao trauma e choque misto. Submetida à cirurgia de decorticação pulmonar, drenagem de coágulo retido intratorácico e toracostomia com drenagem pleural fechada anterior e posterior. Sem intercorrências nas cirurgias, paciente apresentou boa evolução, hemodinamicamente estável, extubada no 7º dia de admissão na UTI e com melhora na reexpansão pulmonar. Entretanto, 48 horas após extubação, apresentou piora clínica e sinais de sepse (taquipnéia, piora da leucocitose e febre), sendo evidenciado abscesso pulmonar em nova TC de tórax. Coletadas culturas e iniciado antibioticoterapia com cefepime e clindamicina. À fibrobroncoscopia foram evidenciados pequenos granulomas de cordas vocais e sangramento proveniente do segmento 6 pulmonar. Evoluiu com choque séptico de foco pulmonar, síndrome do desconforto respiratório agudo grave, fístula pulmonar e hipoxemia refrataria mesmo com uso de ventilação seletiva (foi realizado intubação orotraqueal com tubo de Carlens). Apresentava apenas disfunção ventilatória grave, sendo indicado tratamento com ECMO venovenosa. A cultura de secreção traqueal evidenciou *Acinetobacter baumannii*.

Paciente foi transferida para outro hospital, onde continuou uso de ECMO e realizou lobectomia inferior e segmentectomia pequena do lobo superior esquerdo (LSE), toracotomia para tratamento da hemorragia, fechamento de fistulas broncopleurais, traqueostomia. Retirada ECMO após melhora da função respiratória.

Referências

Haider T, Halat G, Heinz T, Hajdu S, Negrin LL. Thoracic trauma and acute respiratory distress syndrome in polytraumatized patients: a retrospective analysis. *Minerva Anestesiol* 2017;83:1026-33. DOI: 10.23736/S0375-9393.17.11728-1