

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 pneumonias<sup>1</sup> (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