

Amputação traumática de membro superior

Upper limb traumatic Amputation

Diogo de Oliveira Lopes Ferreira Santos¹, Paulo Henrique Coelho de Assis¹, Rafael Mourão Gouvea¹, Ricardo Augusto Ramos Moura¹, Túlio Cesar da Silva Gontijo¹, Túlio Correa Silva¹, Valter Vilela da Costa¹, Victor Rugani Lage¹, Otaviano Freitas², Gustavo Henrique Dumont Kleinsorge³

RESUMO

A amputação traumática de membro superior é evento raro, de mortalidade reduzida, quando seguido o protocolo básico do ATLS, de grande morbidade e impacto na vida do paciente. Esse trabalho descreve o caso de paciente feminino, de 22 anos de idade, admitida no Hospital João XXIII, vítima de amputação traumática de membro superior direito em acidente de trabalho, com esmagamento e avulsão por prensa de lixo. O índice MESS da paciente era sete e foi feito o replante do membro superior. Evoluiu para amputação do membro devido à intensa infecção de partes moles e trombose do enxerto venoso.

Palavras-chave: Amputação Traumática; Reimplante; Extremidade Superior.

¹ Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Cirurgião Geral do Hospital João XXIII – FHEMIG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ Cirurgião-Vascular do Hospital João XXIII – FHEMIG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

ABSTRACT

The upper limb traumatic amputation is a rare event, with low mortality when the ATLS protocol is followed at the primary care. However, it has a major morbidity and impact on the patient's life quality. On this case, we describe a 22 years old female victim of a work related accident in which her right upper limb was crushed and avulsed eight centimeters above the elbow by a garbage press. At the event her MESS score was seven and a replantation of the limb was performed. The patient sustained soft tissues infection and venous by-pass thrombosis requiring the limb secondary amputation.

Key words: Amputation, Traumatic; Replantation; Upper Extremity.

INTRODUÇÃO

A amputação traumática de membro superior representa situação, em geral, relacionada a acidentes de trabalho ou automobilístico, constituindo-se evento raro em comparação com a de membros inferiores. Possui mortalidade reduzida, entretanto, morbidade incalculável, em decorrência da potencial perda de membro superior com toda a sua repercussão sobre a vida da pessoa.

Este relato apresenta a tentativa de recuperar o membro superior de paciente após acidente de trabalho com esmagamento e avulsão de membro superior em que toda a estrutura técnica colocada à disposição não foi suficiente para reimplante e recuperação de membro.

Alerta para as condições necessárias de vigilância no trabalho, especialmente das condições de risco que acompanham algumas atividades insalubres, para que não imponham morbidade indevida à vida do trabalhador, de sua família e da comunidade.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG –
Departamento de Cirurgia
Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:
Av. Professor Alfredo Balena, 190
Bairro: Santa Efigênia
Belo Horizonte, MG – Brasil
CEP: 30130-100
E-mail: vvcmg@hotmail.com

RELATO DE CASO

CFD, 22, feminina, previamente hígida, admitida no Hospital João XXIII, em 19/08/2011, vítima de amputação traumática de membro superior direito, em acidente de trabalho (prensa de lixo). Levada em ambulância pelo Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) até a prefeitura de Betim e, a seguir, de helicóptero para o Hospital João XXIII. Apresentava-se estável, consciente e ventilando espontaneamente em ar ambiente, com curativo compressivo em coto e relato do médico do SAMU de choque hipovolêmico no momento em que foi atendida, com boa resposta à reposição com cristaloides. Membro trazido em uma caixa térmica, com gelo, sem contato direto com o mesmo e em bom estado de conservação. Tempo de isquemia estimado em quatro horas.

Apresentava ferida corto-contusa em ombro direito, profunda, com exposição da cápsula articular, amputação traumática transumeral em porção distal do úmero direito e fratura exposta Gustillo IIIC de rádio direito.

Levada imediatamente para o bloco cirúrgico para reimplante do membro. Procedimento cirúrgico iniciado com preparo do coto proximal; coto lavado com NaCl 0,9% em abundância; realizados reparos com fios inabsorvíveis em nervos mediano, radial e ulnar para posterior neurografia; veias basilíca e cefálica identificadas e reparadas; artéria braquial identificada, limpa de debris e coágulo grosseiro, clampada e reparada; membro amputado preparado por limpeza com solução degermante e lavagem dos leitos vasculares com solução heparinizada; identificação e reparo de nervos mediano, radial e ulnar; identificada artéria braquial, que foi reparada e preparada para anastomose. Retirada veia safena magna esquerda e preparo para enxertia em membro superior lesado e realizada osteossíntese de emergência concomitante ao ato, com placa de seis furos e encurtamento de aproximadamente 1 cm do úmero. Iniciado *by-pass*

de artéria braquial com segmento de veia safena magna reversa e realizados, em seguida, dois *by-pass* venosos com segmentos de veia safena magna.

A paciente apresentou, após abertura dos leitos anastomosados, acidose e elevação de lactato, que foram corrigidos (Figura 1).

Foi, a seguir, realizada cobertura das anastomoses com miorrafia e cobertura com pele. Os nervos foram mantidos reparados e optou-se por neurografia em segundo momento e correção definitiva da fratura de rádio em procedimento posterior com tratamento da ferida e colocação de tala gessada. Recebeu 1.800 mL de concentrado de hemácias no peroperatório.

No primeiro dia de pós-operatório (DPO) foi mantida sedada, intubada sob ventilação mecânica, com suporte de aminas vasoativas e anticoagulação plena iniciada já no pós-operatório imediato. Apresentava fluxo trifásico em artérias ulnar e radial ao ecodoppler. Encaminhada ao Centro de Tratamento Intensivo (CTI). Evoluiu bem no primeiro DPO, com suspensão de sedação e noradrenalina e extubada com bom padrão ventilatório.

No segundo DPO apresentou boa diurese ao estímulo medicamentoso, tendo sido aumentada a dose de heparina para potencializar a anticoagulação.

No terceiro DPO evoluiu com síndrome compartimental, abordada cirurgicamente, tendo sido observado no momento desse procedimento trombose e perda de um dos trajetos venosos e microtromboses no outro. O trajeto arterial foi mantido e foi realizada fasciotomia.

No quinto DPO surgiu secreção purulenta por intermédio da cicatriz do enxerto, sendo realizado desbridamento cirúrgico. A paciente manifestou desejo de amputar o braço lesado, tendo sido avaliada psicologicamente quanto a essa decisão.

Os níveis de creatininaquinase total diminuíram, reduzindo a possibilidade de rabdomiólise. No sexto DPO optou-se pela amputação do membro devido à necrose extensa e à secreção purulenta em musculatura flexora do antebraço.

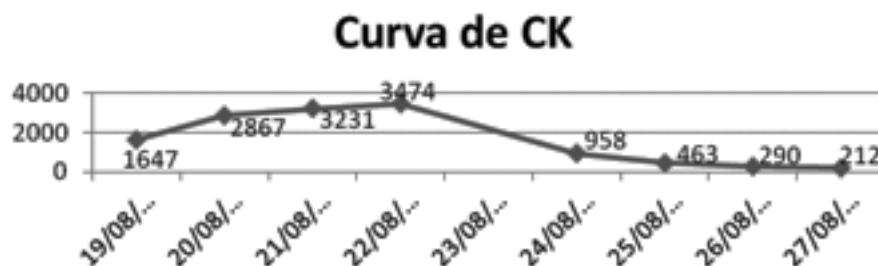


Figura 1 - Curva de CK ao longo da internação.

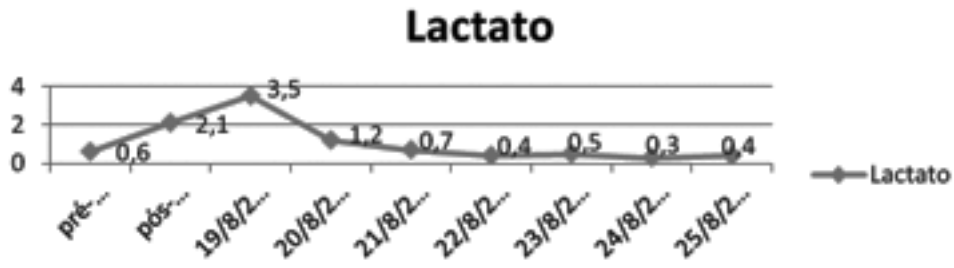


Figura 2 - Curva de lactato ao longo da internação.

No sétimo DPO foi realizada amputação transmeral direita e encaminhamento ao CTI no pós-operatório imediato.

No 12º. DPO foi realizada enxertia de pele parcial em coto de amputação.

A alta hospitalar ocorreu no décimo quinto DPO, encaminhada para reabilitação ambulatorial.

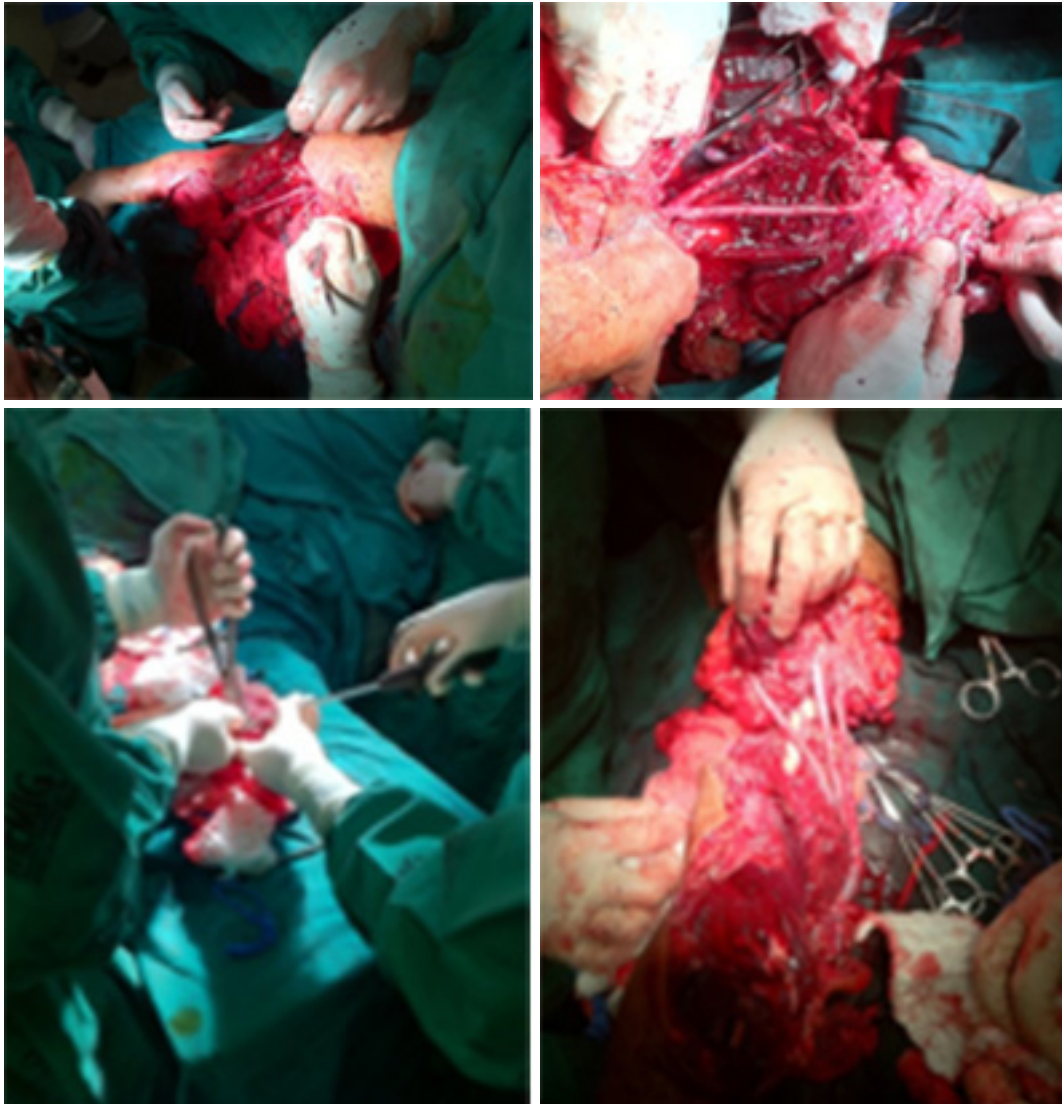


Figura 3 - Realização de anastomoses (duas venosas e uma arterial).

DISCUSSÃO

O cuidado ao paciente sob trauma com amputação e membros deve seguir o protocolo inicial preconizado pelo ATLS.¹⁻³ E depois de seu atendimento primário e estabilização é que deve ser avaliado o seu reimplante.

A decisão por reimplantar um membro superior amputado traumáticamente ou não é difícil, mesmo para médicos experientes. E os escores existentes são, na maioria das vezes, inadequados e dedicados preferencialmente para o membro inferior e, portanto, servem apenas como base para essa escolha. A situação clínica do paciente e a avaliação do membro são os elementos mais importantes na condução do caso.

Entre as complicações mais comuns que põem em risco a viabilidade do membro reimplantado estão a trombose dos enxertos vasculares, síndrome do compartimento e infecções de partes moles.

CONCLUSÃO

Amputação traumática de membros é evento de difícil manejo e necessita de equipe multidisciplinar para que o desfecho seja favorável para o paciente com reimplantes viáveis do ponto de vista vascular e funcional, sendo este último o principal objetivo do procedimento.

REFERÊNCIAS

1. Feliciano DV, Mattox KL, Moore EE. Trauma. 6th ed. New York: Mc Graw Hill Medical; 2008. p.871-905.
2. American College of Surgeons. Advanced trauma life support for doctors. 8th ed. Chicago: ACS; 2008. p.187-203.
3. Pape HC, Sanders R, Borrelli Jr J, editors The Poly-traumatized patient with fractures: a multi-disciplinary approach. Berlin: Springer; 2011.