

## TCE GRAVE EM VÍTIMA DE POLITRAUMATISMO - RELATO DE CASO<sup>1</sup>

André Felipe Moreira de Oliveira Melo  
Laís Barbosa Zerlotti  
Pâmela Lunardi Fucks  
Paulo Victor Dias Reis  
João Ataídes da Costa Neto

---

**RESUMO:** Estudo de caráter descritivo, com o objetivo de analisar TCE (Trauma Crânio- Encefálico) grave decorrente de agressão, ocasionando lesão cerebral. O presente caso, juntamente com as bibliografias analisadas e interpretadas, traz à tona a discussão das condutas necessárias frente a um traumatismo crânio-encefálico, as quais devem ser adotadas em todos os casos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), segundo protocolo próprio baseado no Advanced Trauma Life Support (ATLS). As informações foram obtidas por meio de revisão de prontuário, registro fotográfico dos métodos de diagnóstico ao qual o paciente foi submetido e revisão de literatura. Sendo assim, quando essas condutas são adotadas e bem executadas, é possível alcançar maiores probabilidades de sobrevivência, bem como evitar que lesões ocorridas gerem algum tipo de incapacidade, seja ela física, comportamental ou cognitiva, para a vítima.

**Palavras-chave:** Traumatismo. Lesão cerebral. Protocolo. Conduta.

---

### Introdução

O traumatismo cranioencefálico (TCE) é considerado uma lesão cerebral causada por pancada ou abaulo violento, ou seja, agressões físicas externas sobre o crânio, as quais repercutem no cérebro, podendo ou não ocasionar alterações do nível de consciência. O TCE pode ocorrer havendo ou não fratura dos ossos cranianos e pode ser interpretado como qualquer agressão que cause lesão anatômica e comprometimento funcional do couro cabeludo, meninges, cérebro ou crânio. O impacto do cérebro contra as paredes da caixa óssea também é capaz de causar ruptura de nervos e vasos sanguíneos.

As lesões cerebrais são divididas em dois grandes grupos, sendo elas lesões cerebrais primárias, as quais ocorrem logo no momento do trauma e as lesões secundárias, as quais se tornam clinicamente evidentes algum tempo após o acidente. O TCE também pode ser classificado de duas formas, sendo elas o traumatismo fechado, quando não ocorre exposição das estruturas do crânio e o traumatismo aberto ou penetrante, quando há a exposição.

É de suma importância prevenir o TCE, visto que a intensidade desse traumatismo acarreta alterações ao longo da vida do indivíduo. Além disso, a maioria dos casos registrados acontece com vítimas adultas e jovens, desencadeando limitações de cunho social e



econômico, afinal, toda sua produtividade é interrompida devido a sequelas oriundas do trauma.

Os diferentes graus de invalidez que acometem essas vítimas têm grande importância sócio-econômica. Por isso, é necessário que sejam avaliados os dados de frequência e gravidade desses acidentes para que sejam analisadas as melhores intervenções possíveis, a fim de obter um melhor prognóstico e qualidade de vida para as vítimas que não evoluem ao óbito.

## **Objetivo**

Relatar o caso de um paciente com traumatismo crânio encefálico grave vítima de agressão, que provocou afundamento do osso temporal direito e conseqüentemente lesão cerebral.

## **Método**

As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário, registro fotográfico dos métodos diagnósticos, ao qual o paciente foi submetido e revisão da literatura.

## **Relato do caso**

### **Anamnese**

Paciente E.A.R., sexo masculino, 35 anos, residente no município de Mineiros, dependente químico, liberado recentemente de internação por conta de álcool e drogas, foi encontrado pelo SAMU em local de construção civil. A Unidade de Suporte Avançado (USA) foi acionada pela regulação 192 para atender ocorrência à vítima de perfuração por arma branca (PAB) com grande volume de sangue na região da cabeça. A equipe constatou que o sangue extravasado encontrava-se quase seco, sugerindo que a agressão ocorreu horas antes ao resgate. Encontrado inconsciente, com avaliação na Escala de Coma de Glasgow em 3, recebeu os primeiros socorros e em seguida, foi levado a Unidade de Pronto Atendimento

(UPA) DR. Francisco Filgueiras Junior, com hipótese diagnóstica de trauma cranioencefálico decorrente de politraumatismo.

### Exame físico

Grave estado geral, com pressão arterial de 90 x 50 mmHg. Frequência cardíaca de 95 bpm, saturação de oxigênio em 60% e frequência respiratória em 10 ipm. O paciente encontrava-se em hipotermia, com temperatura axilar de 33º C, murmúrio vesicular diminuído em base de hemitórax direito e otorragia bilateral. Também apresentava pupila esquerda midriática arreativa, pupila direita miótica reativa, edema e equimose em região palpebral direita.

A vítima ainda se encontrava com várias lesões corto contusas no couro cabeludo, sinal de escoriação em tórax à direita, além de hematoma em ombro esquerdo e região ilíaca à esquerda.

### Diagnóstico

Múltiplos focos de contusão cerebral, coleção em crescente à esquerda com suspeita de hematoma subdural, hemorragia parafoicinal e tentório, desvio grave da linha média com provável hérnia de uncus, fratura de calota craniana e velamento de seios nasais.

### Conduta

No local do acidente, o paciente foi sedado com Midazolam 15mg, Fentanil 3 ml G 1X, intubação orotraqueal com cânula 8.0, acesso venoso com hidratação rigorosa, imobilização com colar cervical e prancha rígida e transportado até a UPA.

Ao chegar a Unidade de Pronto Atendimento, foi realizada a ventilação mecânica, acesso central pela subclávia direita, sutura de lesões em couro cabeludo e monitoramento contínuo. Também houve a administração endovenosa de 1000 ml de soro fisiológico, bem como do conteúdo de uma ampola de Efortil e 2g de Ceftriaxone.

Após, foi solicitada tomografia computadorizada (TC) de crânio, coluna cervical, tórax e abdome, evidenciando claramente a gravidade do caso. Por fim, no período vespertino, foi

realizada uma toracocentese para drenagem líquida. Faz-se necessário registrar que o paciente foi encaminhado para o Hospital de Urgências da Região Sudoeste (HURSO), onde passou por um Encéfalo Peritoneal para descompressão craniana. Ainda no HURSO, foi retirada a sedação para análise mais fidedigna, no entanto o paciente não respondeu de forma satisfatória, não respirando sem ajuda de aparelhos, sendo necessário mantê-lo sedado.

### Exames subsidiários

Foram solicitados os seguintes exames de rotinas para pacientes politraumatizados: tomografia computadorizada (TC) de abdome inferior masculino com e sem contraste, TC de tórax sem contraste, TC de abdome superior com e sem contraste, TC de coluna cervical, TC de crânio sem contraste, exame dos elementos e sedimentos anormais da urina (EAS), dosagem de ureia e creatinina, dosagem de sódio e potássio, hemograma completo e hematologia. Dos exames solicitados, deve-se dar ênfase para a TC de crânio, a qual revelou ausência de anomalias de densidade parenquimatosa no cerebelo e tronco cerebral, sinal de líquido com densidade de sangue junto ao tentório, quarto ventrículo desviado à direita com calibre normal e cisternas basais quase apagadas. Apresentou ainda, sinais de contusão cerebral focal múltiplas pelos hemisférios, cavidades ventriculares deslocadas à direita com apagamento quase total do ventrículo lateral e significativo desvio da linha média (Figura 1). Os sulcos e fissuras do hemisfério esquerdo apresentaram-se mal individualizados, com coleções líquidas crescentes interpostas à calota craniana e cérebro à esquerda, não respeitando as suturas do crânio. Presença de extenso traço de fratura temporal direita com extensão à sutura lambdóide e convexidade alta cruzando a linha média. Por fim, apresentou velamento parcial das cavidades paranasais.



**Figura 1** – Desvio da linha media, com apagamento quase total do ventrículo lateral.

Fonte: Centro de Diagnóstico de Mineiros



**Figura 2** – Suspeita de hematoma subdural

Fonte: Centro de Diagnóstico de Mineiros



Dessa forma, concluiu-se que a vítima apresenta múltiplos focos de contusão cerebral, coleção em crescente à esquerda com suspeita de hematoma subdural (Figura 2), hemorragia parafoicinal e tentório, desvio grave da linha média com provável hérnia de uncus, fratura de calota craniana e velamento de seios nasais.

No mais, por volta das 14 horas, foi realizada a toracocentese, procedimento realizado para através de punção do líquido, com intuito de analisar o derrame pleural. Foi drenado cerca de 200 ml de um líquido fétido, expeço e de coloração amarelo escuro do lado esquerdo. Os profissionais responsáveis pelo atendimento acreditam que esta lesão é anterior ao caso de agressão devido o estado do material colhido, apresentando características que fogem da realidade padrão.

**Figura 3** – Punção pleural  
**Fonte:** Equipe Médica UPA



**Figura 4** – Líquido drenado  
**Fonte:** Equipe Médica UPA



## Discussão

A maior prevalência de trauma cranioencefálico ocorre em homens e está ligada principalmente a acidentes de trânsito, seguido por queda e vítimas de agressão diretamente na região encefálica por arma branca. Vale ressaltar que esses pacientes geralmente são politraumatizados e podem apresentar diversas complicações tais como pneumotórax hipertensivo, fraturas ósseas, tamponamento cardíaco, ruptura de baço e hemorragias. Ainda associados a esses, encontram-se os sintomas hipóxia e hipotensão com sistólica menor que 90 mmHg.

Nesses casos, o atendimento médico deve consistir em reposição volêmica e suporte ventilatório. Esses pacientes ainda devem ser submetidos à tomografia computadorizada para identificação das lesões oriundas do trauma crânioencefálicos. Essas lesões podem ser classificadas de acordo com Marshall em: Lesão difusão I, na qual não há patologia visível na TC; Lesão difusa II, contendo presença de cisternas e pequenos desvios da linha média; Lesão difusa III, na qual as cisternas estão comprimidas ou ausentes e não há lesão expansiva; Lesão difusa IV, na qual as cisternas estão comprimidas ou ausentes e há lesão expansiva; Lesão difusa V, na qual as cisternas estão comprimidas ou ausentes e há lesão expansiva;



difusa IV, havendo desvio da linha média maior que 5 mm; Lesão expansiva evacuada e por fim, Lesão expansiva não evacuada caracterizada por uma lesão maior que 25ml. As vítimas, geralmente, são encaminhadas para a Unidade de Terapia Intensiva e precisam do monitoramento contínuo da pressão intracraniana.

Este paciente além de dependente químico e alcoólatra, possui um histórico conturbado envolvendo-se em acidentes automobilísticos, brigas e tráfico de drogas. No local do acidente o indivíduo foi encontrado com pressão sistólica de 90mmhg, além de apresentar contusão pulmonar a esquerda com atelectasia pulmonar lobar, derrame pleural e fraturas de costelas a esquerda.

Esses fatos confirmam a tese de que pacientes politraumatizados exigem um atendimento específico pautado em protocolos de referência, com intuito de aumentar a sobrevivência dos mesmos. A vítima referenciada pelo caso clínico em foco apresentou um quadro complexo, exigindo diversas ações do suporte médico, sendo necessário encaminhá-la para um centro de maior assistência após a estabilização do quadro na Unidade de Pronto Atendimento.

Vale ressaltar que no Município de Mineiros registrou segundo a regulação da Unidade de Pronto Atendimento Dr. Francisco Figuelras Júnior, onze casos de traumatismo crânioencefálico nos períodos de 01 de agosto de 2016 a 31 de janeiro de 2017. O paciente cujo o artigo em questão encontra-se baseado, foi transferido.

### **Conduta final e prognóstico**

O paciente foi encaminhado ao Hospital de Urgência da Região Sudoeste (HURSO) na cidade de Santa Helena, Goiás. Atualmente ele está internado e sob cuidados da Unidade de Terapia Intensiva do complexo de saúde. No dia 05 de maio, com base no boletim neurológico liberado pelo hospital, foi retirada a sedação do paciente, mas a vítima continuou não responsiva e dessa forma foi sedado novamente e continua em observação. Dias após, apresentou morte encefálica declarada.



## Considerações finais

O caso relatado, as bibliografias analisadas e publicações levantadas trazem à tona a discussão da terapêutica e das condutas ideais a serem tomadas mediante uma situação complexa que é a de paciente politraumatizado com trauma cranioencefálico. É de suma importância que os protocolos sejam devidamente seguidos, a fim de garantir maiores oportunidades de sobrevivência para esses pacientes, bem como a redução da possibilidade de sequelas. Dessa forma, é possível reduzir o número de óbitos causados por esses politraumatismos e complicações, garantindo uma melhor qualidade de vida durante o prognóstico do paciente e aumentando a possibilidade de sua reinserção social. Faz-se necessário registrar nesse trabalho que o caso em questão foi minuciosamente atendido em todas as suas exigências pelo Sistema Único de Saúde. A vítima foi amparada com excelência desde o momento do resgate à sua passagem pela UPA, onde foram realizadas as tomografias necessárias e os procedimentos para sua estabilização. O Município de Mineiros teve seu Sistema de Saúde reconhecido pela qualidade e cobertura, tanto nas áreas públicas e principalmente no setor privado. Atualmente, com a expansão das Unidades Básicas de Saúde, a população conta com uma estrutura que favorece à qualidade no atendimento e propicia um auxílio básico de saúde mais próximo a casa de cada cidadão.

## Referências

CENEPE (Centro de Neurocirurgia Pediátrica). Disponível em:<http://www.cenepe.com.br/duvidas-frequentes/saudes-doencas/traumatismo-cranioencefalico/>

**Protocolos da Unidade de Emergência:** Uma experiência do Hospital São Rafael – Monte Tabor. 10ª edição. Publicado em 1994 com reedição em 2002.

GENTILE, J. K. A. **Condutas no paciente com trauma cranioencefálico.** São Paulo: *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 2011.

DANTAS FILHO, V. P. **Fatores que influenciaram a evolução de 206 pacientes com traumatismo cranioencefálico grave.** São Paulo: 2004.



Dos autores

---

André Felipe Moreira de Oliveira Melo: Acadêmico do Curso de medicina da UNIFIMES – Centro Universitário de Mineiros, Goiás. E-mail: andredemelo018@hotmail.com

Laís Barbosa Zerlotti: Acadêmico do Curso de medicina da UNIFIMES – Centro Universitário de Mineiros, Goiás. E-mail: lais\_zerlotti@hotmail.com

Pâmela Lunardi Fucks: Acadêmico do Curso de medicina da UNIFIMES – Centro Universitário de Mineiros, Goiás. E-mail: pamelajatai@hotmail.com

Paulo Victor Dias Reis: Acadêmico do Curso de medicina da UNIFIMES – Centro Universitário de Mineiros, Goiás. E-mail: resipv@outlook.com

João Ataídes da Costa Neto Médico graduado pela Universidade Federal de Goiás – UFG, professor do curso de Medicina do Centro Universitário de Mineiros – UNIFIMES e Diretor Técnico e Clínico do SAMU no município de Mineiros, Goiás. E-mail: joão\_ataides@fimes.edu.br

---

