

## Traumatismo do membro superior Impotência funcional por processo inflamatório co- lateral pos-traumático. Calcificação do tendão do triceps braquial

por **SECCO EICHENBERG**

Catedrático Interino Substituto da 2.<sup>a</sup> cadeira de  
Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de  
Porto Alegre. CATEDRÁTICO TITULAR — Pro-  
fessor Luis Francisco Guerra Blessmann.

Docente Livre de Clínica Cirúrgica da Faculdade  
de Medicina de Porto Alegre.

Diretor Interino da Enfermaria "Professor Guerra  
Blessmann" — 18.<sup>a</sup> da Santa Casa de Miseri-  
córdia de Porto Alegre.

Médico-Chefe da PROTECTORA — Cia. de Seguros  
contra Acidentes do Trabalho - Porto Alegre.

A 19 de Setembro de 1946, nos foi apresentado o paciente abaixo:

J. S., com 60 anos, de côr branca, de sexo masculino, de profissão carpinteiro, casado, brasileiro, natural deste Estado e residente em Garibaldi. Como acidentado que era da Protectora, Cia. de Seguros contra Acidentes do Trabalho, deu origem à abertura do processo que tomou o n.º G 4328.

Quando construía uma parede divisória interna de uma casa, a escada sobre a qual estava montado, resvalou e ocasionou a queda do paciente, que bateu com o ombro D sobre o assoalho. O médico que o atendeu, verificou contusões e escoriações ao nível do ombro e cotovelo DD, fazendo um prognóstico de cura em 20 a 30 dias.

Não parece ter havido inicialmente maior impotência funcional ou deformidade, que fizesse pensar em fratura, pois o colega não requisitou exame radiológico, nem os medicamentos empregados justificam tal hipótese.

Mas apesar do tratamento instituído, foi se instalando uma impotência funcional do membro superior direito, que levou o médico assistente a apelar à Chefia Médica, ainda mais que suspeitava de simulação — pois um irmão do paciente era portador de idêntica deformidade.

Assim é que o paciente em referência nos veio às mãos e foi por nós examinado no Ambulatório Central da Protectora, em Porto Alegre.

Quando aqui o examinamos, encontramos um paciente relativamente bem conservado para os seus 60 anos, de boa disposição geral, de olhar e ação francos, e que se queixava no momento de uma impotência funcional do membro superior direito.

Ao exame clínico verificamos à primeira vista, uma acentuada hipotrofia muscular do membro superior direito, especialmente quando comparada com o seu homólogo. Na face anterior do braço, na parte média do biceps, notava-se uma depressão que não existia no lado homólogo. Interrogado, o paciente informou que a im-

09-12/1947 - MED-CIRURGIA - TRAUMATISMO  
MEMBRO SUPERIOR

potência funcional fôra quasi què imediata ao traumatismo, e que a face anterior do braço desde logo inchara, e que depois fôra portadora de uma extensa equimose.

Os movimentos ativos do ombro e cotovelo DD eram quasi nulos, sendo que os movimentos passivos eram bastante amplos, dando a impressão de que o embaço dependia mais do revestimento músculo-tendinoso, que do próprio esqueleto osteo-articular.

O punho e dedos da mão tinham boa mobilidade, sem edema e com boa fôrça. Nada mais encontramos digno de nota em relação ao caso clínico em estudo.

A história do paciente nos contava um traumatismo do membro superior direito, localizado desde o ombro até ao cotovelo, com a lesão na face anterior do braço, a qual nos permitimos interpretar como uma rutura parcial do músculo biceps. O sulco ora existente, o hematoma anterior, eram favoráveis a esta hipótese. A palpação nos permitia verificar a integridade dos feixes profundos.

Para maior esclarecimento, solicitamos um exame neurológico pelo Dr. Claudio Heller Fichtner, que nos revelou integridade dos nervos do M. S. D. Iguamente mandamos radiografar o ombro e o cotovelo DD.

A radiografia do ombro D, nos revelou uma articulação escápulo-humeral íntegra. Entretanto, ao nível do cotovelo D, fomos encontrar um verdadeiro "achado radiológico", que não tinha relação direta com a situação de nosso paciente, por ser sem maior significado patológico, ao menos diretamente com a atual impotência funcional, por êle apresentada para o membro superior direito. Era no entanto uma formação, que se assemelhava à de um caso por nós já descrito (1), o de uma bolsa serosa supra-condiliana calcificada.

No nosso atual paciente, na radiografia de perfil da articulação do cotovelo D (Fig. n.º 1), podemos notar na olecrana, no seu ângulo postero-superior, um espigão de textura óssea, com um limite de separação inferior, e que tomava exatamente o

ponto de inserção do tendão do triceps, e que superiormente se continua com os feixes dêste músculo. Era incontestavelmente a calcificação e quiçá ossificação do tendão do triceps braquial.

Em relação à rutura parcial do músculo biceps, solicitamos ao Dr. Osorio Lopes um exame radiográfico, com técnica especializada, com regimen para visualização das partes moles. A chapa foi batida em perfil. O resultado (exame 8206 - 24.9.1946) foi o seguinte: "A diferenciação dos tecidos moles da face anterior do braço, particularmente do biceps, não acusa alteração perceptível ao exame radiológico." Ressalva notar que êste exame foi feito vários meses após o traumatismo sofrido.

Desta maneira, se nos parece que se houve por ocasião do acidente uma rutura muscular ao nível do biceps, esta sómente poderia ter sido parcial.

E' natural que num indivíduo de mais idade, o traumatismo sofrido, as fortes contusões ao nível do membro superior, a imobilização voluntária, que aliviava as dores do paciente, proporcionaram a instalação do quadro de uma afecção pós-traumática, que ia levando êste paciente à disfunção do membro superior lesado.

Verificada a integridade do esqueleto ósseo do membro superior lesado, a integridade das articulações — pois o achado da articulação do cotovelo era pura e simplesmente um achado radiológico já anterior ao acidente, sem maior significação clínica, bem como a negatividade da rutura total do biceps e do exame neurológico, ficávamos, pois, tão sómente com a possibilidade de um processo pós-traumático trófico, de origem simpática e de extensão vascular. Verdadeiro síndrome pós-traumático de Leriche. O edema do antebraço e da mão, a diminuição da temperatura cutânea desta, os suores intensos a êste nível, a pele luzidia, eram outros tantos sinais comprobatórios.

Diante destas conclusões, guiamos neste sentido a nossa terapêutica, que constou de aplicações diárias de irradiações de infra-vermelho, no ombro, braço e cotovelo



Radiografia da articulação do cotovelo D, em perfil

DD, associadas a sessões diárias de ginástica e mobilização ativa progressiva, sob controle. A massagem ao nível da parte muscular, se limitava a intensidade de um esfloramento.

Como medicação indicamos as seguintes associações, alternadas diàriamente:

- a) 1 ampola de iodo-salicilato B1.  
1 ampola de Cambi.
- b) 2 cc de Betalin forte, endovenoso.  
1 ampola de Protinjectol B.

afora uma ampola de Priscol, que era feita diàriamente.

Os resultados foram surpreendentes, pois o paciente foi recuperando gradualmente os movimentos do membro superior

D, a ponto de no dia 1.º 10.1946, com a função integral do mesmo membro, solicitar alta, voltando imediatamente ao trabalho no interior do Estado.

O caso vertente nos permite registrar mais um caso de calcificação de elementos para-articulares, desta vez do tendão do triceps braquial, bem como nos demonstra que após traumatismos das extremidades, verificada que seja a integridade do arcabouço osteo-articular, eliminada a lesão nervosa, sempre deveremos pensar em primeiro lugar, numa reação vaso-motora pós-traumática, neste processo reaccional despertado pelos traumatismos e que tão bem foi estudado por Sudeck e Leriche.

A prova terapêutica foi concludente.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 -- SECCO EICHENBERG -- Considerações em torno dum caso de traumatismo de Bolsa Olecraneana sub-cutânea calcificada.  
Medicina e Cirurgia --