

Fratura de mandíbula em paciente pediátrico no momento do parto: relato de caso

Mandibular fracture in a pediatric patient at the time of delivery: a case report

Laurindo Moacir Sassi ^I | Thiago Serafim Cesa ^{II} | Jean Carlos Della Giustina ^{III} | José Luís Dissenha ^{III}

RESUMO

Dentro do grupo dos pacientes pediátricos, as fraturas de ossos faciais no recém-nascido são pouco relatadas na literatura. É um acontecimento raro, quando ocorre no momento do parto. A mandíbula é o osso da face mais envolvido, sendo sua incidência aumentada com o passar da idade. O presente artigo relata um caso de fratura de mandíbula ocorrida no momento de um parto prematuro, tratada de forma conservadora, com acompanhamento pós-operatório de 5 anos.

Palavras-chave: Ossos faciais; Recém-nascido; Mandíbula; Parto prematuro.

ABSTRACT

Within the group of pediatric patients, facial bone fractures in the newborn are rarely reported in the literature. They are of rare occurrence at the time of delivery. The mandible is the facial bone most involved in fractures, the incidence of which tends to increase with age. This article reports a case of mandibular fracture that occurred at the time of premature obstetric labor, which was treated conservatively and followed up for 5 years.

Descriptors: Facial Bones; Newborn; Mandible; Premature obstetric labor.

INTRODUÇÃO

A prevalência de injúrias em região de cabeça e pescoço, no momento do parto, é de 0,82%, sendo que a prevalência é de 9.56 por 1000 nascidos vivos¹. Dentre as fraturas de face, as fraturas de mandíbula são as que mais afetam as crianças hospitalizadas². A ocorrência de fraturas dos ossos maxilares em crianças aumenta proporcionalmente

com a idade³, sendo que de 0-1 ano, a frequência é de 0,9% a 2,6%⁴. Isso mostra a raridade de tal ocorrência^{1,5}. O objetivo desse relato de caso é apresentar o tratamento conservador de uma fratura de mandíbula em paciente neonato, ocorrida no momento do parto.

I. Chefe do Serviço de CBMF-HEG; Especialista em CTBMF, Mestre em Cirurgia de Cabeça e Pescoço (Hospital Heliópolis); Doutor em Ciências da Saúde (UNIFESP); Coordenador da Residência de CTBMF-HEG; Coordenador da Coremu (Coordena: 1-Programa Multiprofissional Atenção ao Câncer; 2-Programa de Saúde (Odonto- Cirurgia e Traumatologia BucoMaxiloFacial-HEG).
II. Cirurgião-Dentista, residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial do Hospital Erasto Gaertner (CBMF-HEG).
III. Cirurgião-Dentista do Serviço de CBMF-HEG; especialista em CTBMF (Uningá).

CASO CLÍNICO

No dia 30 de Agosto de 1995 nasceu uma criança no Hospital Nova Clínica, na cidade de São José dos Pinhais, Paraná/Brasil. Havia história de suspeita de fratura de face no momento do parto, sendo solicitado avaliação pela equipe de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Erasto Gaertner, Curitiba/Brasil. O neonato do sexo masculino, caucasiano, 3.500kg, 48 cm de altura apresentava condição sistêmica estável. Ao exame clínico, apresentava sangramento em cavidade oral, iniciado logo após o parto normal. As radiografias planas confirmaram o diagnóstico de fratura de mandíbula, localizada no ângulo do lado esquerdo (Figura 1). A criança nasceu de parto vaginal com fórceps, havendo história de uma gestação de 39 semanas, sem acompanhamento pré-natal. Optou-se pelo tratamento conservador da fratura de mandíbula, por meio da utilização de sonda nasogástrica, por um período de doze dias. No pós-operatório de 70 dias, o paciente demonstrava bom alinhamento e consolidação óssea, o que é confirmado nos exames de imagem de 6 meses e 4 anos após o tratamento inicial (Figura 2). No acompanhamento pós-operatório de 5 anos, pode-se observar boa oclusão dentária, ausência de assimetria facial (Figura 3) ou anquilose de ATM. Radiograficamente, apresenta cicatrização óssea satisfatória, dentes em cronologia de erupção, estruturas ósseas normais assim como crescimento ósseo compatível com o quinto ano de idade do paciente (Figura 4).

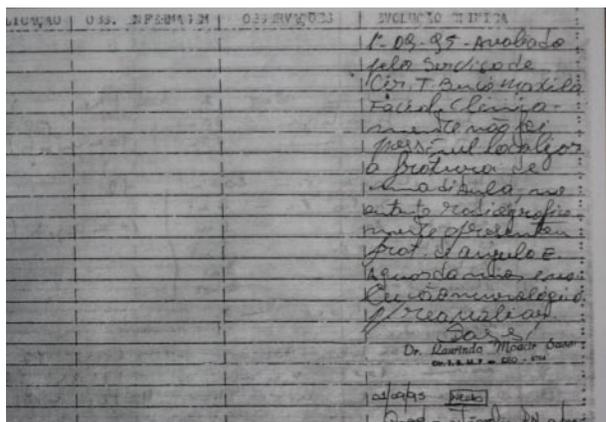


Figura 1: Laudo diagnosticando a fratura de ângulo esquerdo de mandíbula.

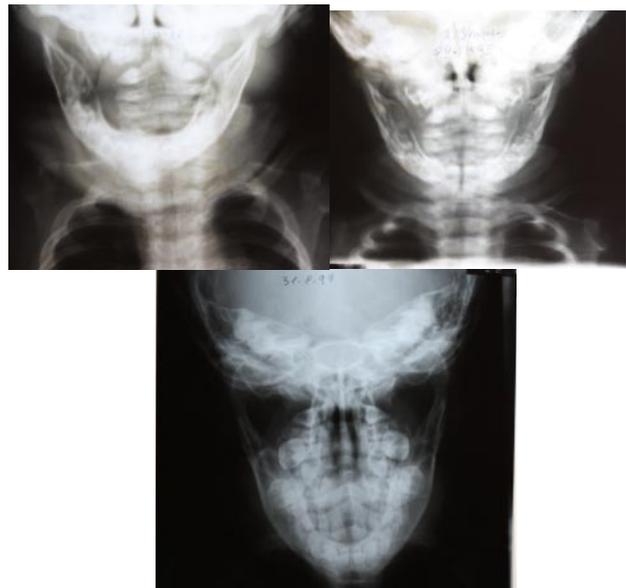


Figura 2: Radiografia pósterio-anterior, demonstrando consolidação óssea satisfatória da fratura de mandíbula. Superior direita: 70 dias de acompanhamento; Superior esquerda: 6 meses de acompanhamento; Inferior direita: 4 anos de acompanhamento.



Figura 3: Foto frontal e lateral, demonstrando o crescimento ósseo normal e ausência de assimetria facial. Imagem clínica da oclusão dentária satisfatória. Paciente com 5 anos de idade.

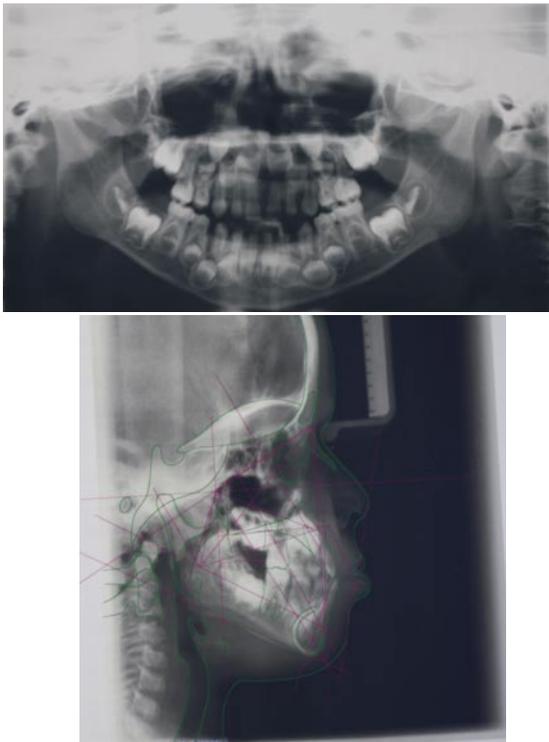


Figura 4: Análise radiográfica demonstrando cicatrização óssea satisfatória e crescimento ósseo sem alterações. Observa-se ausência de hipoplasia de mandíbula. Paciente com 5 anos de idade.

DISCUSSÃO

A prevalência de fraturas de face em neonatos é baixa^{6,7}. Um estudo traz a ocorrência de traumatismo associado ao nascimento na região de cabeça e pescoço. De 19.901 neonatos, apenas 164 apresentavam injúrias¹. Segundo Posnick (1993), no levantamento com 137 pacientes pediátricos e 318 fraturas de face, somente quatro infantes tinham idade inferior a 1 ano, o que representa 2,9% do total⁵.

Analisando os sítios de ocorrência, Zimmermann et al. (2006) citam que o sítio mais acometido é a mandíbula, com maior acometimento da região do côndilo, seguida da sínfise, do ângulo e do corpo². Entretanto, em outra pesquisa, foram demonstrados sete casos de fratura de mandíbula em pacientes com idade de 3-12 meses, sendo 6:1 a proporção entre macho e fêmea. Todos os casos evoluíram com fratura de sínfise, tendo uma paciente fratura subcondilar direita associada⁴. Os relatos acima de-

monstram a predileção da mandíbula como o sítio mais afetado por fraturas, quando há envolvimento de pacientes pediátricos. Isso condiz com o paciente do estudo, o qual apresentou fratura de mandíbula, sendo, contudo, em ângulo do lado esquerdo, o que não é o sítio preferencial, de acordo com a revisão de literatura.

Os traumas em pacientes neonatos estão associados a vários fatores predisponentes. No estudo realizado por Hughes¹, as taxas de parto vaginal, parto a fórceps, parto a vácuo assistido, peso no nascimento, parto prematuro, crianças classificadas como grandes para a idade gestacional e o sexo masculino foram as condições que tiveram relevância estatística nas injúrias da região de cabeça e pescoço¹. A pequena queda e os acidentes automobilísticos são as principais causas de fraturas de mandíbula em infantes^{3,4,5}. No presente relato, a fratura de mandíbula ocorreu no momento do nascimento de um infante do sexo masculino no qual foi realizado parto vaginal em uma gravidez sem acompanhamento pré-natal. Isso vai de encontro aos fatores com relevância estatística, aos traumas em região de cabeça e pescoço no momento do parto.

Os sinais e sintomas clínicos são idênticos aos adultos, porém o diagnóstico é, algumas vezes, negligenciado. Isso ocorre devido à baixa incidência de fraturas de face em crianças e devido à não cooperação destas na avaliação clínica e nas tomadas radiográficas^{2,8}. O hematoma próximo ao local de suspeita da fratura deve ser investigado^{4,8}. Na avaliação complementar, entretanto, os cortes de TC são o padrão ouro no diagnóstico das fraturas de face em crianças⁹. No paciente do relato de caso, observou-se degrau ósseo em região de ângulo de mandíbula do lado esquerdo, não havendo, entretanto, evidência radiográfica.

O tratamento das fraturas de face em crianças deve ser o mais precocemente estabelecido, a fim de evitar a má-união óssea¹⁰. Acerca das fraturas

de mandíbula, relacionar a idade da criança, o grau de desenvolvimento esquelético e dentário e o sítio afetado dão subsídios para que a melhor conduta seja estabelecida¹¹. A redução fechada, por ser o procedimento menos traumático, deve ser escolhida como método de tratamento para os pacientes infantes com fratura de mandíbula, sempre que possível^{3,12}. A utilização de sonda nasogástrica para alimentação é recomendada¹³. O tratamento estabelecido neste estudo de caso foi o conservador por meio da utilização de sonda nasogástrica por 12 dias, seguindo-se de acompanhamento pós-operatório de cinco anos.

O controle pós-operatório é recomendado para que o diagnóstico e o tratamento das complicações possam ser estabelecidos precocemente¹⁴. As infecções, má-oclusão, má-união ou não-união raramente ocorrem em crianças, o que não descarta, entretanto, a necessidade de acompanhamento a longo prazo¹⁵. Ao tratar pacientes com idade inferior a três anos, a atenção se dá ao crescimento ósseo anormal devido à alta taxa de anquilose de ATM (articulação temporomandibular)¹⁶. Glazer et al. (2011) observaram em 10% dos pacientes má-oclusão, má-oclusão associada a deformidades, infecção pós-operatória, anquilose de ATM e retardo no crescimento facial. Os autores não atribuem as complicações à idade, ao sítio de fratura ou ao método de tratamento estabelecido³. No acompanhamento pós-operatório de cinco anos, podemos observar boa oclusão, crescimento ósseo normal e ausência de anquilose de ATM, não havendo complicações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico das fraturas de mandíbula em neonato é difícil de ser realizado, mesmo com os sinais e sintomas semelhantes ao paciente adulto. O tratamento conservador, associado a um período longínquo pós-operatório, deve ser a escolha,

tendo em vista as complicações advindas por tais fraturas.

REFERÊNCIAS

- 1- Hughes CA, Harley EH, Milmo G, Bala R, Martorella. Birth trauma in the head and neck. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1999;125:193–199
- 2- Zimmermann CE, Troulis MJ, Kaban LB. Pediatric facial fractures: recent advances in prevention, diagnosis and management. Int J Oral Maxillofac Surg. 2006; 35(1):2–13
- 3- Glazer M, Joshua BZ, Woldenberg Y, Bodner L. Mandibular fractures in children: Analysis of 61 cases and review of the literature. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2011;75(1):62–64
- 4- Lustmann J, Milhem I. Mandibular Fractures in Infants: Review of the Literature and Report of Seven Cases. J Oral Maxillofac Surg. 1994;52(3):240-245
- 5- Posnick JC, Wells M, Pron GE. Pediatric Facial Fractures: Evolving Patterns of Treatment. J Oral Maxillofac Surg. 1993;51(8):836-844.
- 6- Bataineh AB. Etiology and incidence of maxillofacial fractures in the north of Jordan. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1998;86(1):31–35.
- 7- Haug RH, Foss J. Maxillofacial injuries in the pediatric patient. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2000;90(2):126–134.
- 8- Chidzonga MM. Mandibular Fracture in a Neonate: Report of a Case. J Oral Maxillofac Surg. 1996;54(12):1452-1454
- 9- Holland AJ, Broome C, Steinberg A, Cass DT. Facial fractures in children. Pediatr Emerg Care. 2001;17(3):157–160.

- 10- Roberts SW, Hernandez C, Maberry MC, Adams MD, Leveno KJ, et al. Obstetric clavicular fracture: the enigma of normal birth. *Obstet Gynecol* 1995;86(6):978-981
- 11- Kaban LB. Diagnosis and treatment of fractures of the facial bones in children. *J Oral Maxillofac Surg* 1993;51(7):722-729
- 12- Vasconcelos BC, Lago CA, Nogueira RV, Gondim DG, Brito Filho A. Mandibular Fracture in a Premature Infant. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009;67(1):218-222.
- 13- Chidzonga MM. Mandibular fracture in a neonate: report of a case. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2006;35(2):186-187
- 14- Priest JH. Treatment of a mandibular fracture in a neonate. *J Oral Maxillofac Surg.* 1989;47(1):77-81.
- 15- Stylogianni L, Arsenopoulos A, Patrikiou A. Fractures of the facial skeleton in children. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1991;29(1):9-11
- 16- Rowe NL. Fractures of the jaws in children. *J Oral Surg.* 1969;27(7):497-507

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Laurindo Moacir Sassi
Hospital Erasto Gaertner
Rua Doutor Ovande do Amaral, 201
Jardim das Américas
Curitiba - PR/Brasil
CEP: 81520-060
Fone: (+55) 41 3361-5000
email: sassilm@onda.com.br

