

Fratura mandibular atípica por arma branca: relato de caso

Atypical mandibular fracture by lethal weapon: a case report

RESUMO

Lesões em face causadas por armas brancas, são pouco citadas na literatura, na maioria das vezes com relatos de casos. O cirurgião Buco-Maxilo-Facial, entretanto, deve estar apto a lidar com tal ocorrência, haja vista a significância estético-funcional dessa área. Como forma de contribuir com a referida temática, este trabalho tem por objetivo apresentar e discutir detalhes das técnicas bem como cuidados para prevenir possíveis complicações de um paciente apresentando múltiplos ferimentos corto contusos em região de mento e de traqueia, associados à fratura de sínfise e corpo mandibulares.

Palavras-chave: Técnicas de fixação da mandíbula; Lesões de tecidos moles; Fixação interna das fraturas.

ABSTRACT

Lesions on the face, caused by bladed weapons are rarely described in the literature, most often with case reports. However, the surgeon Maxillo-Facial must be able to deal with such an occurrence, given the fact the aesthetic and functional significance of this area. As a contribution with that theme, this paper aims to present and discuss the technical details, as well as care to prevent possible complications of a patient with multiple injuries in blunt cut region ment and trachea, associated with fracture of the symphysis and mandibular body.

Key words: Jaw fixation techniques; Soft tissue injuries; Fracture fixation.

INTRODUÇÃO

A região facial tem grande importância funcional e estética, apesar de sua pequena área, quando comparada ao restante do corpo. Isso é devido a suas características anátomo-funcionais de cavidade para os órgãos sensitivos (visão, audição, equilíbrio, olfação e gustação)¹. Também abriga parte de dois grandes sistemas, o digestório e o respiratório². Tem inegável significância no que diz respeito à visibilidade da imagem do indivíduo³, pois determina a própria identidade como ser humano⁴. Dessa forma, constitui-se uma área, que requer atenção especial quando é lesionada, buscando-se o menor número possível de sequelas físicas e psicossociais^{3,5}.

Injúrias nessa região são comumente causadas por acidentes de aviação, trânsito, domésticos, trabalhistas, esportivos, agressão física, ferimentos automutilantes, mordidas de animais, quedas de nível e da própria altura^{1,4,5}.

A violência interpessoal é a quarta causadora de lesões desse tipo⁵, apresentando uma constância de ocorrência em horários

Recebido em 11/03/15
Aprovado em 30/03/15

Erasmu Freitas de Souza Júnior

Graduando em Odontologia pela
Universidade do Estado do Rio Grande
do Norte – UERN

Tasiana Guedes de Souza Dias

Professora do Curso de Odontologia da
Universidade do Estado do Rio Grande
do Norte – UERN

Jimmy Charles Melo Barbalho

Professor de Cirurgia do Curso de
Odontologia da Universidade do Estado
do Rio Grande do Norte – UERN

David Moraes

Professor de Cirurgia do Curso de
Odontologia da Faculdade Maurício de
Nassau, Recife - PE

Hécio Henrique Araújo de Moraes

Professor de Cirurgia do Curso de
Odontologia da Universidade do Estado
do Rio Grande do Norte – UERN

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Hécio Henrique Araújo de Moraes
Rua André Sales, 667- Paulo XI
CEP:59300-000 Caicó- RN
e-mail: heciomorais@hotmail.com

noturnos e nos finais de semana, estando relacionada à ingestão excessiva de bebidas alcoólicas^{6,7}, com uma faixa etária de maior suscetibilidade entre os 15 a 35 anos de idade, sendo o gênero masculino o mais acometido^{1,5,6}.

Nesse cenário, ocorrem os traumas com armas brancas, que trazem sérias complicações, especialmente quando estruturas nobres são lesadas¹. As injúrias causadas por armas brancas podem ser: laceração dos tecidos moles; laceração dos tecidos moles associada à fratura de tecido ósseo; ou ainda, laceração dos tecidos moles e fratura de tecido ósseo, com retenção de corpo estranho na região^{7,8}.

No tocante à mandíbula, é alta a frequência de sua fratura no esqueleto facial^{3,7}, o que se torna algo preocupante por se tratar de um osso que mantém relação com estruturas anatômicas importantes, como dentes, glândulas salivares, nervos e vasos sanguíneos, participando da mastigação, fonação, deglutição e oclusão dental⁷, havendo, também, uma direta ligação com a via aérea e a manutenção desta.

De acordo com o protocolo do Advanced Trauma Life Support (ATLS), deve-se, de imediato estabelecer a manutenção das vias aéreas e o controle da hemorragia, pois o rosto é extremamente vascularizado, e mesmo pequenas lesões podem resultar em hemorragia que possa obliterar a via aérea, ou ainda causar choque hipovolêmico. A avaliação da função neurológica do paciente também deve ser feita no início do tratamento^{1,5,8}.

Em seguida, irrigação copiosa, empregando soro fisiológico, deve ser usada para limpar e analisar, com precisão, a lesão^{5,7,8}, sendo feito o exame secundário (imaginológico) para a avaliação da fratura⁷, no intuito de verificar extensão e profundidade dos ferimentos e outras possíveis lesões associadas^{1,5}.

O desbridando dos tecidos que estão necrosados ou que estão desvitalizados e poderão necrosar é outro procedimento importante a ser feito, pois estes podem constituir um meio de cultura para bactérias, tendo em vista que o fator infecção deve ser criteriosamente prevenido. A hipotensão gerada por fraturas graves com extensa lesão das partes moles e tempo de exposição maior que seis horas ocasiona uma queda considerável da perfusão sanguínea dos músculos e ossos, com depressão da oxigenação e suprimento escasso de antimicrobianos, mesmo quando empregados em doses apropriadas. Essa redução do aporte agregada

à diminuição da fagocitose, inerente dos traumas agudos, cria condições favoráveis para a reprodução bacteriana, aumentando a preocupação devido à possibilidade de infecção óssea (osteomielite), pois o tecido ósseo é pobremente vascularizado, o que dificulta o combate às infecções⁷.

Dessa forma deve-se lançar mão da antibioticoterapia^{1,5,7,8}, podendo esta ser feita com cefalosporinas de primeira geração, associadas a aminoglicosídeos⁷. Cujo agente infeccioso mais comum é o *Stafilococcus aureus*⁷.

No caso do paciente estar imunizado contra o tétano (vacina nos últimos dez anos), apenas a vacina antitetânica deverá ser utilizada, caso contrário a imunoglobulina humana contra o tétano também deverá ser prescrita⁷.

A conduta na redução e fixação das fraturas ósseas e a sutura de tecidos moles, ou ainda possíveis reconstruções faciais em caso de perda de substância dependerão da particularidade de cada caso, contudo, vale ressaltar que, critérios indicados pela literatura, como a regularização de bordas, sutura por planos anatômicos, o uso de fios finos e material delicado, visando alcançar um melhor resultado estético-funcional dos ferimentos faciais, devem ser sempre buscados^{8,9}.

RELATO DE CASO

Paciente de 38 anos, sexo masculino, vítima de agressão física por arma branca corto-contundente (facão), sem retenção de corpo estranho, chegou ao hospital de trauma, trazido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), apresentando múltiplos ferimentos corto-contusos em região de mento e de traqueia, associados à fratura de sínfise e corpo mandibular (figura 1).

O paciente foi traqueostomizado devido à lesão *transfixante* da traqueia e submetido a ligadura de vasos e limpeza dos ferimentos. Em seguida a fratura foi fixada com 3 placas do sistema 2,0 mm (figura 2 A) e os tecidos moles, fechados em todos os planos (figura 2 B).

Cuidados com a prevenção do tétano foram tomados (vacina antitetânica 0,5 mL e soro antitetânico 5.000 UI). A antibioticoterapia pós-operatória foi realizada com cefazolina (I.V.), 1 grama, a cada 6 horas por 3 dias em ambiente hospitalar. Sonda nasogástrica

foi instituída como forma de diminuir a contaminação do meio bucal (Figura 3B).

Após a alta hospitalar, o paciente fez uso de cefalexina 500 mg (V.O.) por mais sete dias. O pós-operatório transcorreu dentro da normalidade (Figura 3A).



Figura 1 - A) Aspecto inicial do paciente. Observam-se: traqueostomia instalada, extensa lesão na traqueia e múltiplos ferimentos na face. B) Exame tomográfico evidencia fratura com desenho atípico na região de sínfise e corpo de mandíbula.

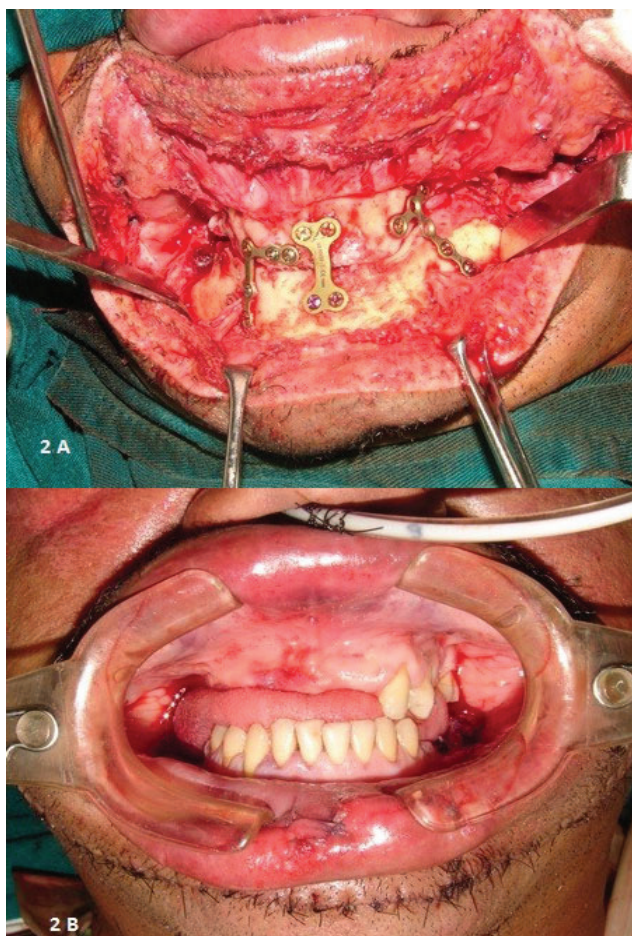


Figura 2 - A) Redução e fixação da fratura mandibular com o sistema 2,0 mm. B) Aspecto intraoral após a sutura dos ferimentos.



Figura 3 - A) Aspecto pós-operatório (7 dias). B) Exame tomográfico. Observa-se perfeita adaptação dos cotos reduzidos e fixados.

DISCUSSÃO

Injúrias causadas por armas brancas em face são pouco descritas na bibliografia nacional, contudo, como no caso apresentado, seguem um certo padrão, acometendo indivíduos jovens, do sexo masculino e com uma predominância de casuística em finais de semana e no período noturno^{1,5,7,8}.

Esse tipo de ferimento de grande porte normalmente envolve estruturas anatómicas importantes para a manutenção da vida do paciente e requer abordagem multiprofissional. Cuidados devem ser tomados primariamente, como o controle da hemorragia, manutenção das vias aéreas e a avaliação do estado neurológico do paciente^{1,5,8}. Nesse relato de caso, o paciente foi inicialmente atendido pela equipe da cirurgia geral para realização da traqueostomia e, posteriormente, pela equipe de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (CTBMF) a fim de realizar o tratamento da fratura mandibular. O controle da hemorragia também foi realizado no primeiro momento do atendimento, com ligaduras, compressão e cauterização de vasos sangrantes.

Os pacientes acometidos por lesões causadas por instrumentos contaminados, que penetram profundamente nos tecidos, devem receber antibioticoterapia a fim de se evitar um quadro de infecção bem como a profilaxia para o tétano¹. Tais medidas devem ser tomadas o quanto antes, tendo em vista que o risco de contaminação de ferimentos faciais aumenta com o tempo de exposição ao meio externo, indicando-se a abordagem com até vinte e quatro horas do acontecido⁸. Nesse sentido, os autores concordam com a literatura, visto que todos os cuidados de

limpeza e de prevenção contra o tétano e as infecções bacterianas foram realizados de acordo com as indicações citadas anteriormente.

No que diz respeito à fixação interna rígida com placas no sistema 2,0 mm, esta foi realizada pelo fato de facilitar a redução e fixação óssea de forma estável, reduzindo o risco de deslocamento pós-operatório dos fragmentos fraturados, permitindo retorno imediato à função⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença da equipe de CTBMF no ambiente hospitalar é indispensável no tratamento de pacientes traumatizados em região de face, sendo de extrema importância a obediência do protocolo do ATLS para esses casos. O atendimento deve ser o mais rápido e efetivo possível a fim de prevenir agravos pós-operatórios e sequelas.

REFERÊNCIAS

1. Gray H, Goss CM. Anatomia. 29. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988. p. 1147.
2. Dangelo JG, Fattini CA. Anatomia Humana Sistêmica e Segmentar. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2007. p. 800.
3. Kumar RVK, Devireddy SK, Gali RS, Chaithanyaa N, Sridhar. A Clinician's Role in the Management of Soft Tissue Injuries of the Face: A Clinical Paper. J. Maxillofac. Oral Surg. 2013; 12 (1): 21–29.
4. Moore KL, Dalley AF. Anatomia orientada para a clínica. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 1104.
5. Paiva LGJ, Rodrigues AR, Carneiro RP, Oliveira MTF, Silva MCP, Barbosa DZ. Fratura mandibular após ferimento por arma branca – diagnóstico e conduta clínica. Rev Odontol Bras Central 2013; 21 (61): 100-02.
6. Keiichi A, Feixin L, Humikazu N, Joji N, Takahiro G, Hai K, Hajime S. Home environment and minor facial trauma in preschool children with an emphasis on soft tissue injuries. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology, January 2014, 26: 11-13.
7. Escott EJ, Branstetter BF. Incidence and characterization of unifocal mandible fractures on CT. AJNR Am J Neuroradiol. 2008; 29: 890–94.
8. Oliveira JAGP. Fratura craniomaxilofacial exposta causada por arma branca: relato de caso. Rev Bras Cir Craniomaxilofac 2010; 13 (3): 187-91.
9. Prabhakar C, Jayaprasad NS, Hemavath OR, Guruprasad Y. Efficacy of 2-mm locking miniplates in the management of mandibular fractures without maxillomandibular fixation. National Journal of Maxillofacial Surgery 2011; 2 (1): 28-32.