

Tratamento de importante avulsão labial por mordedura humana

Treatment of important labial avulsion by human bite

Marília Gabriela Mendes de Alencar^I | Edmilson Zacarias da Silva Júnior^I | Raphael Teixeira Moreira^{II} | Nelson Studart da Rocha^{III} | José Rodrigues Laureano Filho^{IV}

RESUMO

Os ferimentos ocasionados por mordedura humana são geralmente tidos como portadores de maior incidência de complicações infecciosas, pois possuem alto índice de contaminação. O tratamento dessas lesões é controverso, principalmente no que se refere à sutura primária e à profilaxia de doenças infecto-contagiosas originadas a partir do contato da saliva do agressor com a ferida. O atendimento desses doentes na urgência consiste no controle da infecção, reabilitação funcional e consequentemente estética, a fim de minimizar danos psíquicos e possibilitar retorno ao convívio social. O presente trabalho relata um caso de uma extensa avulsão de lábio inferior decorrente de agressão por mordedura humana. A reconstrução inicial foi possível através de avanço de retalhos laterais, associada à antibioticoterapia específica. Desta forma foi obtido um resultado estético e funcional satisfatório, sem complicações infecciosas pós operatórias ou deiscências de suturas, a continência oral foi preservada, bem como a sensibilidade e a mobilidade labial.

Descritores: Traumatismos Faciais. Mordeduras Humanas. Lábio/cirurgia. Infecção dos ferimentos.

ABSTRACT

Injuries caused by human bites are usually considered as having a higher incidence of infectious complications due to their higher rate of contamination. Treatment of these lesions is controversial, especially with regard to the primary suture and prophylaxis of infectious diseases, originated from contact with the assailant's saliva and the originated wound. The initial management of these patients in the emergency room consists in infection control, functional rehabilitation, and aesthetic treatment to minimize psychological damage and to make possible the return to social life. This paper reports the case of an extensive avulsion of the lower lip due to aggression by human bite. The initial reconstruction was possible through lateral advancement flap associated with specific antibiotic therapy. Thus was obtained an aesthetic and functional satisfactory result with no infectious postoperative complications or suture dehiscence, oral continence was preserved, as well as sensitivity and lip mobility.

Descriptors: Facial Injuries. Bites, Human. Lip/surgery. Wound Infection.

I. Residente de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz – HUOC - FOP – UPE.

II. Especialista de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial pelo Hospital Universitário Oswaldo Cruz – HUOC – FOP- UPE.

III. Especialista, Mestre e Doutor de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco – FOP- UPE.

IV. Professor Associado de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da Universidade de Pernambuco - UPE.

INTRODUÇÃO

As mordeduras humanas são menos frequentes do que as mordeduras por animais, sendo os cães os principais responsáveis por este tipo de lesão, e a face apresentando incidência minoritária em relação as lesões em membros¹.

A mordedura humana pode ter um potencial de dano semelhante ou até maior que a mordedura de animais devido aos diversos tipos de bactérias e vírus contidos na saliva humana. Complicações potencialmente fatais como infecção por tétano, fascíte necrotizante, transmissão do vírus HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis, são descritas na literatura^{2,3}.

Além do alto potencial de infecção, essas feridas podem ocasionar desfiguração do indivíduo, resultando em complicações psicossociais relevantes. Os lábios representam o elemento estético-funcional mais importante do terço inferior da face, os quais têm função na deglutição, na articulação, na expressão da emoção e, sobretudo, na competência oral⁴⁻⁶.

Ao analisar um defeito lábio, a avaliação mais importante é a mensuração da quantidade de vermelhão perdida e a zona de transição mucocutânea, pois estas são as porções cosméticas mais aparentes do lábio e apresentam-se como um desafio ao processo de reconstrução. Lesões avulsivas do lábio com perda tecidual significativa representam os casos mais difíceis para o reparo, necessitando de técnicas reconstrutivas especializadas⁴⁻⁶.

Os defeitos labiais podem ser superficiais ou profundos em função da intensidade do agente traumático. Os superficiais, envolvem a pele e o vermelhão, sem o envolvimento dos músculos, nervos e artérias subjacentes. Defeitos profundos, de espessura total, geralmente incluem a secção do músculo orbicular do lábio, nervos e vasos e necessitam de reparo cirúrgico em camadas envolvendo a mucosa, músculo e pele.⁴⁻⁶.

O presente trabalho relata um caso de extensa

avulsão de lábio inferior decorrente de agressão por mordedura humana, fazendo uma discussão a respeito do processo reconstutivo e prevenção de infecção do ferimento.

RELATO DE CASO

Paciente de 27 anos, sexo masculino, vítima de agressão por mordedura humana, após briga conjugal, foi atendido em caráter de urgência pelo serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, com importante avulsão de lábio inferior. O paciente compareceu a unidade hospitalar 6 horas após o trauma (Figura 1).



Figura 1: Extensa avulsão de lábio inferior decorrente de agressão por mordida humana.

Ao exame físico observou-se um defeito central, de espessura total e abrangendo cerca de 2/3 do lábio inferior. Nas feridas de mordeduras humanas foi encontrado um largo espectro de bactérias, o qual inclui tanto aeróbios como anaeróbios, alguns dos quais são parte da flora oral normal e geralmente respondem à penicilina. Foi realizada a profilaxia com ampicilina sódica-sulbactam sódico-2,0/1,0g

intravenosa, imediata e manutenção da dose a cada 6 horas, durante 24 horas. Após este período, o paciente recebeu alta hospitalar iniciou o uso de amoxicilina-clavulonato potássico- 500/125mg de 8 em 8 horas, por via oral, durante 4 dias.

O paciente não soube relatar o seu histórico de vacinação, sendo portanto, feita a profilaxia antitetânica com 5.000 UI de soro antitetânico e 0,5 ml de toxóide tetânico, ambos por via intramuscular.

A cirurgia foi realizada sob anestesia geral e, após a antisepsia intra e extra-oral, prosseguiu-se com um debridamento meticuloso e uma irrigação copiosa do ferimento, sob pressão, com solução de soro fisiológico 0,9%. Previamente à infiltração de anestésico local (solução de lidocaína 2% e epinefrina 1:100.000 unidades), foi feita a marcação pré-operatória das incisões com caneta dermatográfica, bilateralmente ao defeito, procurando seguir o contorno do sulco mento-labial. Procedeu-se à incisão (Figura 2 A) e à dissecação dos retalhos miocutâneos delicadamente. O músculo orbicular foi divulsionado de maneira romba, com auxílio de tesouras delicadas, para que vasos sanguíneos e os ramos nervosos fossem preservados. Os dois retalhos foram facilmente mobilizados e avançados para a linha média. Triângulos de descarga (Triângulos de Burow)⁷ foram realizados na região lateral e caudal das relaxantes para a correção do excesso tecidual remanescente (Figura 2 B e 2C).



Figura 2: A) Incisões relaxantes bilateralmente ao defeito; B) Avanço de retalho lateral e presença de excesso tecidual remanescente; C) Correção do excesso tecidual através dos triângulos de descarga (Burow).

A síntese dos tecidos foi realizada por planos. A rafia da mucosa intraoral foi feita com poliglactina 910 (Vicryl® 4.0). O vermelhão foi reaproximado, alinhado e suturado com fio de poliamida (mononylon® 5.0) na mucosa seca e com poliglactina 910 (Vicryl® 4.0) na mucosa úmida, tendo como ponto de referência a junção muco-cutânea. A musculatura foi aproximada com polidioxonona (PDS II® 3.0), com pontos interrompidos. A sutura da pele foi feita utilizando fio de poliamida (mononylon® 5.0). Terminado o procedimento, foi realizado curativo cirúrgico de rotina.

O paciente encontra-se no nono mês de acompanhamento pós-operatório observando-se resultado estético e funcional satisfatórios, ausência

de complicações infecciosas pós-operatórias ou deiscências de suturas, continência oral preservada, bem como a sensibilidade e a mobilidade labial. No entanto, o paciente apresentou uma ligeira microstomia sem impacto funcional considerável. O mesmo foi acompanhado e submetido a exercícios fonoterápicos três vezes por semana, durante 6 meses. Foi possível o retorno ao convívio social sem grandes danos psíquicos (Figura 3).

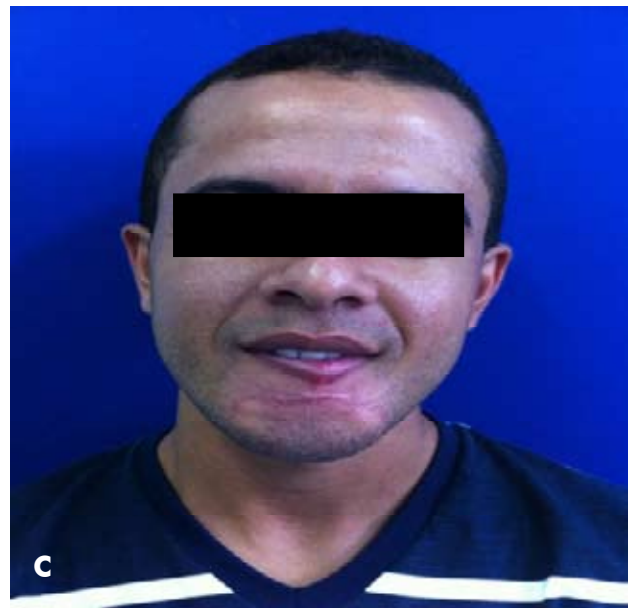
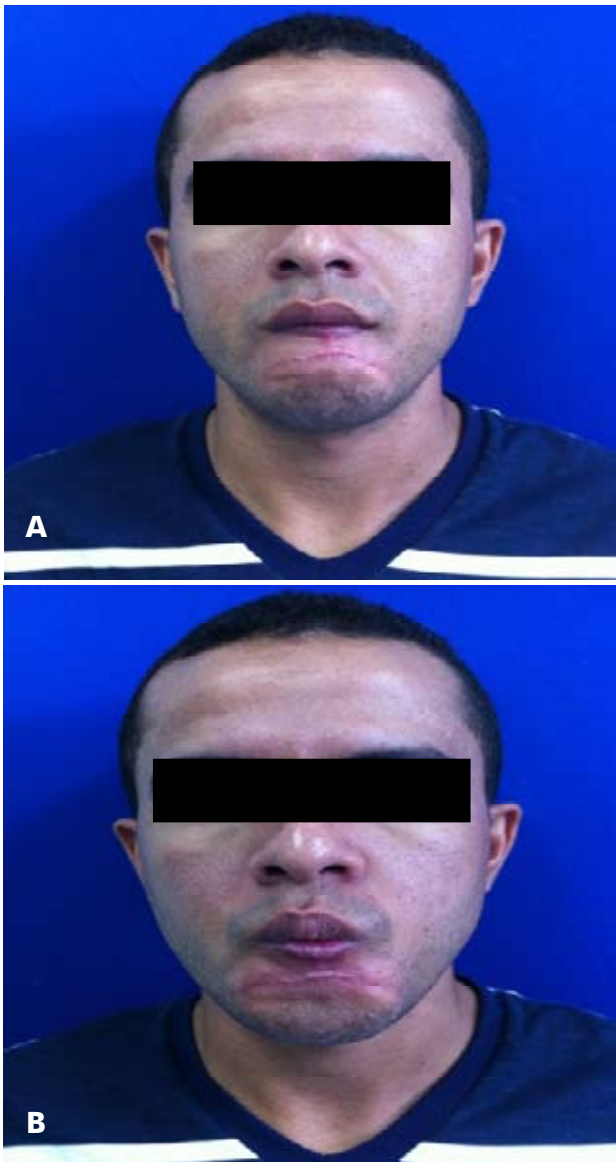


Figura 3: Pós-operatório de 9 meses em vista frontal- A) Paciente com lábios em repouso; B) Reconstituição da competência esfinteriana oral; C) Paciente em sorriso espontâneo.

DISCUSSÃO

As mordeduras sempre foram consideradas lesões complexas devido ao grau de contaminação e sua natureza polimicrobiana^{2,3,6}. Apesar de uma grande variedade de mamíferos poderem provocar lesões faciais por mordedura, a maioria dessas lesões são infligidas por cães, sendo a mordedura humana uma entidade nosológica menos comum^{1,8}.

As feridas em extremidades superiores constituem a maioria dos casos de mordeduras humanas, devido a este fato, grande parte dos estudos relevantes relacionados têm-se centrado sobre estas áreas¹. Stierman e colaboradores relataram que, de todos os ferimentos de mordeduras humanas, 15-20% está localizada em cabeça e na área do pescoço, onde o medo do potencial de desfiguração é uma primordial preocupação, pois pode estar associadas a consequências psicológicas devastadoras.

O presente relato de caso de agressão por mordeduras humana trata-se de uma vítima do sexo masculino, concordante com os estudos relacionados ao tema, em que apontam uma maior incidência em homens neste tipo de lesão, possi-

velmente porque estes são mais propensos a se envolverem em confrontos físicos^{1,6,8}.

A maioria das mordeduras humanas ocorre durante as brigas^{1,2,6,8}, e uma parte substancial das percentagens está relacionada com atividades sexuais exageradas². Em um estudo de Koech e Chindia (2010) observou-se que a maioria das lesões resultaram de brigas, que incluíram não pagamento de dívidas, a rivalidade sexual e disputas de propriedade da família. De maneira semelhante, o agressor e a vítima eram casados, e a agressão resultou de um ciúme por parte da parceira.

A distribuição dos ferimentos por mordedura é variável em diferentes grupos etários. Na maioria das vezes, foram diagnosticadas essas lesões na população jovem (21 a 30 anos)⁸. Da mesma forma como relatado na literatura, o paciente estudado apresentou idade de 27 anos e, pode-se associar ao fato de que indivíduos jovens são socialmente mais ativos, o que pode induzir situações de conflito que resultam em combate.

Notavelmente este tipo de lesão envolve a orelha, embora o lábio inferior também é acometido com certa frequência^{1,9}. A predominância de lesões de lábio inferior pode estar relacionada com a sua proeminência em face, especialmente em pacientes negros, e o fato de que esta estrutura pode ser agarrada e avulsionada quando a vítima tenta mover a cabeça a distância.

Um considerável número de microorganismos patogênicos anaeróbios são encontrados na saliva humana, dentre os quais pode-se citar as espécies *Prevotella* (particularmente *Prevotella melaninogenica* e *Prevotella intermedia*) e *Fusobacterium nucleatum*. Os mais frequentes aeróbios isolados são estreptococos (Especialmente *Streptococcus anginosus*) e staphylococos. A *Eikenella corrodens*, um gram-negativo microaerófilo, parece ter uma associação importante com as infecções por mordida humana^{2,3}.

Administração de antibióticos por mordeduras pode ser profilática ou terapêutica. Na presença

de infecção estabelecida ou qualquer condição predisponente, a antibioticoterapia é indicada^{2,3}. A profilaxia antibiótica é indicada para mordeduras humanas na mão, feridas abertas com tempo superior a 12 h, e qualquer mordedura de espessura total contendo tecido desvitalizado. Geralmente a terapia intravenosa e a hospitalização são indicadas para pacientes imunodeficientes, para feridas infectadas e para infecções estabelecidas².

A maioria destas bactérias são sensíveis à penicilina^{2,3,5,8,9}, mas muitas estirpes de *S. aureus* e *Prevotella* produzem b-lactamase. De acordo com as recomendações atuais, amoxicilina / clavulanato é o agente antimicrobiano de escolha para a profilaxia do ferimento por mordida^{2,3}. Em caso de alergia à penicilina, e o paciente comprovadamente não apresenta alergia às cefalosporinas, a cefuroxima está indicada.

Em caso de histórico de alergias aos betalactâmicos, a doxicilina ou uma combinação de clindamicina com qualquer uma fluoroquinolona (para adultos) ou sulfametoxazol-trimetoprim (para crianças) é eficaz. A moxifloxacina mostrou boa atividade contra a maioria dos patógenos, com exceção da maioria das *Fusobactérias*, podendo ser útil para pacientes adultos alérgicos a penicilinas. A Azitromicina é provavelmente a escolha mais adequada para mulheres grávidas ou crianças alérgicas à penicilina, para quem tetraciclina, fluoroquinolonas, e compostos de sulfa são contraindicados.

Para o tratamento da infecção estabelecida, o mesmo regime antibiótico básico deve ser seguido, exceto para a via de administração intravenosa onde a ampicilina / sulbactam ou ticarcilina / clavulanato, a moxifloxacina ou cefoxitina (por causa da sua atividade anti-anaeróbica), são todas excelentes opções^{2,3}.

O curso normal da profilaxia antibiótica é de 3 a 5 dias^{2,3}. No caso relatado observou-se um extenso defeito central de lábio inferior de espessura total, fazendo com que optássemos pela profilaxia antibiótica durante 5 dias.

A transmissão de várias infecções bacterianas e virais sistêmicas foi relatada com mordeduras humanas, incluindo hepatite B e C, Vírus da Imunodeficiência Humana, tuberculose, sífilis e tétano^{2,3,8,9}.

Este tipo de ferimento carrega o risco de infecção portétano, e neste caso, o paciente não soube relatar o seu histórico de vacinação, sendo feita a profilaxia antitetânica com 5.000 UI de soro antitetânico e 0,5 ml de toxóide tetânico, ambos por via intramuscular.

A profilaxia para HIV não é indicada rotineiramente depois de uma mordedura humana, exceto quando houver uma exposição a um indivíduo sabidamente infectado, com uma carga viral elevada e a exposição envolver a transferência significativa de sangue em uma ferida profunda^{3,9}. No paciente em questão, a agressora era conhecida (esposa do paciente), e não possuía histórico conhecido de infecção por HIV, Hepatite B e Hepatite C. Foram feitas orientações a respeito do risco de infecção e sugeriu-se a investigação de sangue de rotina e um teste de follow-up de 6 meses, mas o paciente recusou-se a realizar.

Vários autores concordam que a solução salina é a preferida como agente fisiológico para descontaminação das feridas, não prejudica o tecido e, como não possui produtos químicos em sua composição, não causa efeitos deletérios sobre as células da ferida. O uso de soluções antissépticas não oferece vantagem em relação à solução salina e deve ser colocada ênfase no efeito mecânico em vez de qualquer agente antibacteriano³. Foi feita uma irrigação sob pressão com aproximadamente 200 ml de SF 0,9%. O volume necessário de irrigante varia 150 a 250 mL, mas quantidades maiores podem ser necessárias³.

A lavagem copiosa deve ser seguida por desbridamento do tecido desvitalizado, se necessário^{2,3,6}. O desbridamento do tecido necrosado foi realizado com cautela, para que não aumentasse o defeito residual e não houvesse maior dificuldade durante o fechamento da ferida.

Ao considerar o momento ideal para o fechamento-

ferida, diferentes abordagens foram defendidas. No caso supracitado optou-se pelo fechamento primário que, de acordo com a literatura, produz melhor prognóstico. Esta modalidade de tratamento aplica-se especialmente em feridas da cabeça e do pescoço, onde os resultados estéticos são mais importantes. A cicatrização por segunda intenção geralmente produz cicatrizes, muitas vezes, inaceitáveis^{1-3,6,8,9}.

A face e o escalpe estão entre os locais do corpo humano mais resistentes a infecção pós-trauma, provavelmente devido à rica irrigação sanguínea. É recomendado que ferimentos por mordeduras recentes e não infectados, devem ser suturados primariamente, enquanto que nos casos de infecção existentes ou ferimentos não tratados nas primeiras 24 horas, a sutura tem que ser retardada^{1-3,8,9}. No caso supracitado o paciente compareceu a unidade hospitalar 6 horas após o trauma.

O objetivo primordial na reconstrução labial inclui adequada cobertura de vermelhão e pele adjacente associada à reconstituição da competência esfínteriana oral, com o mínimo de alterações estético-funcionais^{4,5}.

No planejamento da reparação do lábio inferior, é fundamental a avaliação da extensão da perda de substância a ser reconstruída^{4,5,10}. As áreas doadoras ideais para reconstrução labial são: o tecido labial remanescente e o lábio oposto, que permitem a reparação da cinta muscular, o que foi utilizado no caso proposto; secundariamente, a região geniana e tecidos vizinhos da face; e como alternativa de exceção, os retalhos à distância¹⁰.

Perda de substância de até 30% do lábio inferior permitem uma sutura primária com ausência de tensão. A síntese primária deve ser sempre considerada como opção preferencial nos defeitos menores, uma vez que permite a restauração por planos anatômicos, com menos cicatrizes e menor morbidade. Defeitos com perda tecidual superiores a 35% são melhores reparados com retalhos locais. A síntese primária destes defeitos no lábio inferior

acarreta um efeito “cortina”: retrusão labial com encurtamento significativo e microstomia¹⁰.

A moderna reconstrução labial procura priorizar o aspecto funcional, preservando ao máximo o sistema vaso-nervoso da região, utilizando técnicas que permitam mobilizar os tecidos cutâneos, muscular e mucosa com sua inervação e vascularização intactas, melhorando sobremaneira o resultado funcional^{4,10}. A manipulação e mobilização dos tecidos do caso proposto e estudado se deu de forma romba e por divulsão, evitando secções amplas. Incisões pequenas e estratégicas localizadas no sulco mentolabial, associadas à retirada de triângulos de descarga⁷, permitiram um avanço considerável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Traumatismos faciais por mordedura humana compreendem entidades que requerem atenção e cuidados especiais, devido a grau de contaminação e possível trauma psicológico envolvido. Os lábios apresentam papel de destaque na estética facial e o objetivo primordial em sua reconstrução inclui adequada cobertura de vermelhão e pele adjacente associada à reconstituição da competência esfínteriana oral, com o mínimo de alterações estético-funcionais. O manejo inicial do paciente torna-se imprescindível ao sucesso do tratamento, permeando princípios de profilaxia antimicrobiana, antissepsia, desbridamento e suturas imediatas. Desde que estejam bem indicadas, as técnicas mais conservadoras são preferenciais, permitindo menos cicatrizes e menor morbidade. No caso em questão foi feito um retalho de avanço criado com facilidade e associado a resultado favorável.

REFERÊNCIAS

1. Stierman KL, et al. Treatment and Outcome of Human Bites in the Head and Neck. *Otolaryngology and Head and Neck Surgery*. 2003;128:795–801.
2. Stefanopoulos PK, Tarantzopoulou AD. Facial bite wounds: management update. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2005;34:464-72.
3. Stefanopoulos PK. Management of facial bite wounds. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2009; 21(2):247-57.
4. Oliveira MP et al. Uso do retalho miomucoso do vermelhão associado ou não ao retalho cutâneo mentolabial na reconstrução do lábio inferior. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2011; 26(3): 433-8
5. Neligan PC. Strategies in Lip Reconstruction. *Clin Plastic Surg* 2009;36:477–485
6. Koech KJ, Chindia, ML. Presentation and Management of Human Lip Bites at a Kenyan Center: A Case Series. *J Oral Maxillofac Surg* 2010; 68:2701-2705.
7. Gormley DE. A brief analysis of the Burow’s wedge/triangle principle. *J Dermatol Surg Oncol* 1985; 11 (2): 121-123.
8. Konstantinovic VS et al. Maxillofacial bite injuries treatment– 20 years experience. *Cent. Eur. J. Med.* 2014; 9(3):461-467.
9. Harrison M. A 4-year review of human bite injuries presenting to emergency medicine and proposed evidence-based guidelines. *Injury. Int. J. Care Injured*. 2009; (40) 826–830.
10. Sbalchiero JC et al. Reconstrução Labial: Abordagem Funcional e Estética após Ressecção Tumoral. *Rev. Soc. Bras. Cir. Plást.* 2005; 20(1): 40-5.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Marília Gabriela Mendes de Alencar
 Av. Gal. Newton Cavalcanti, nº 1650 - Camaragibe/PE
 CEP: 54753-020
 E-mail: mariliagma@gmail.com

