

Ferimento provocado por arma branca impactada em região maxilofacial: Relato de caso

Injury caused by spiked stab wound in the maxillofacial region: Case report

Recebido em 10/11/2014
Aprovado em 19/03/2015

João Nunes Nogueira Neto

Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal da Bahia – UFBA, Hospital Geral do Estado – HGE e Hospital Santo Antônio – HSA/OSID, Salvador, Bahia, Brasil.

Vinícius Rio Verde Melo Muniz

Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal da Bahia – UFBA, Hospital Geral do Estado – HGE e Hospital Santo Antônio – HSA/OSID, Salvador, Bahia, Brasil.

Leonardo Morais GodoyFigueiredo

Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal da Bahia – UFBA, Hospital Geral do Estado – HGE e Hospital Santo Antônio – HSA/OSID, Salvador, Bahia, Brasil.

Fábio Pereira de Freitas Freire

Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal da Bahia – UFBA, Hospital Geral do Estado – HGE e Hospital Santo Antônio – HSA/OSID, Salvador, Bahia, Brasil.

André Sampaio Souza

Preceptor do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal da Bahia – UFBA e Hospital Santo Antônio – HSA/OSID, Salvador, Bahia, Brasil.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

João Nunes Nogueira Neto
Av. Orlando Gomes, Cond. Veredas Piatã, C/ D13, Piatã, Salvador, Bahia, Brasil.
CEP 41650010 - Tel: (71) 99159785
E-mail: joaonnneto@gmail.com

RESUMO

A agressão física é uma das maiores causas de atendimento nas emergências hospitalares. Afetando, principalmente, jovens do gênero masculino, elas resultam em acometimento do complexo maxilofacial, entretanto ferimentos a faca impactada nessa região são incomuns, e o conhecimento acerca de suas peculiaridades é fundamental para o tratamento. Cuidados acerca da manutenção das vias aéreas e da hemodinâmica do paciente bem como os aspectos neurológicos, oftalmológicos e vasculares fazem parte desse tratamento interdisciplinar. Assim, o objetivo deste trabalho foi relatar o tratamento de um paciente do gênero masculino em meia-idade, acometido por ferimento de arma branca, com uma faca impactada em região maxilofacial.

Palavras chave: Violência; Ferimentos e Lesões; Traumatismos Maxilofaciais

ABSTRACT

Physical aggression is a major cause of hospital care in emergencies. Affecting mainly young males, they result in impairment of the maxillofacial complex. However stab wounds impacted this region are uncommon and knowledge of its peculiarities is essential for treatment. Care about the maintenance of airway and hemodynamic parameters as well as neurological, ophthalmological and vascular aspects are part of this interdisciplinary treatment. The objective of this study was to report the treatment of a male patient in middle age, affected by stab wound with a knife impacted in the maxillofacial region.

Keywords: Violence; Wounds and Injuries; Maxillofacial Trauma

INTRODUÇÃO

A violência no Brasil se constitui em um problema de saúde pública devido a questões como longevidade, qualidade de vida e elevados gastos públicos, associados a esse problema, seja na área da segurança ou atenção à saúde^{1,2}. Como resultado da melhora da qualidade e expectativa de vida da população brasileira, as causas externas

tornaram-se a terceira causa de óbito na população geral brasileira. Dentre estas, as agressões predominam, sendo as armas de fogo e as armas brancas os instrumentos mais utilizados, respectivamente. Homens jovens são as vítimas mais frequentes desse tipo de agressão¹.

Mesmo se tratando de regiões predominantes nos casos de lesões traumáticas, associadas ou não a outras lesões corporais, os ferimentos penetrantes por lâminas de faca são raros nessas regiões, devido a fatores como as tentativas de proteção da face por meio do uso das mãos em autodefesa^{2,3,4}. A falta de protocolos estabelecidos para o manejo de pacientes vítimas desse tipo de agressão em face reflete um atendimento pouco padronizado⁴.

Normalmente, os materiais penetrantes utilizados em ataques violentos são duros o bastante para penetrar diferentes estruturas anatômicas. A remoção de tais objetos é potencialmente fatal e requer avaliação criteriosa, principalmente no que diz respeito às lesões vasculares^{3,4}. Pacientes com ferimentos por faca em face, sem sinais de lesões vasculares, podem ser salvos com base no exame físico e na análise de exames de imagem⁴. A abordagem deve ser multidisciplinar, começando com a manutenção das vias aéreas, estabilização hemodinâmica e avaliações neurológica, oftalmológica e vascular, se necessário³.

O objetivo deste trabalho foi relatar um caso de ferimento por arma branca, perfuro-cortante (facada), em região maxilofacial, ocorrido em um hospital de Parceria Público Privada, de Salvador após briga doméstica, no ano de 2013.

RELATO DE CASO

Paciente V.L.S., 40 anos, gênero masculino, compareceu à emergência do Hospital do Subúrbio (HS), região metropolitana da cidade de Salvador, Bahia, Brasil, com histórico de agressão física por arma branca (faca), impactada em região maxilofacial. O paciente foi prontamente atendido seguindo os padrões protocolados do Advanced Trauma Life Support (ATLS), apresentando-se lúcido e orientado em tempo e espaço, sem episódios de êmese ou síncope pós trauma, portando Escala de Coma

de Glasgow 15, permanecendo desperto e hemodinamicamente estável.

Durante a avaliação clínica, pode-se notar a presença da faca impactada em região frontomalar esquerda, com preservação dos demais contornos maxilofaciais. O paciente não apresentou alterações durante as avaliações oftalmológica e neurológica iniciais, sendo posteriormente solicitado o exame de Tomografia Computadorizada (TC). Ao exame de TC, é possível notar a presença da faca alojada em região maxilofacial, provocando fraturas do osso frontal, zigomático, envolvimento das paredes lateral e assoalho de órbita, região lateral de seio maxilar até processo alveolar esquerdo. Entretanto, mesmo com o contato, o osso frontal e as estruturas neurológicas adjacentes permaneceram preservadas, recebendo alta da equipe de Neurologia. Durante a avaliação pela equipe de Cirurgia Vascular, foi descartada a possibilidade de lesão nas estruturas nobres adjacentes pela trajetória da arma branca e sua posição final impactada.

O paciente foi encaminhado ao centro cirúrgico para a remoção da faca impactada. O procedimento foi rápido, e sua remoção se deu por meio do movimento contrário ao mecanismo de trauma. Foi realizada irrigação copiosa com Solução Fisiológica 0,9% após a remoção, não sendo necessárias manobras para controles hemorrágicos e finalizada com suturas por planos. Durante o transoperatório após a remoção da faca, não foi observada oftalmoplegia do globo ocular da órbita afetada. O paciente foi submetido à antibióticoterapia com Cefalotina, pré e pós-operatório, bem como profilaxia antitetânica.

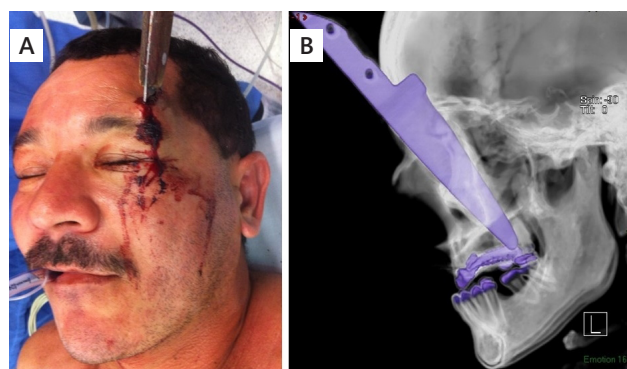


Figura 1 1.a: Nota-se arma branca alojada em região maxilofacial. 1.b: Reconstrução tridimensional com arma branca em posição.

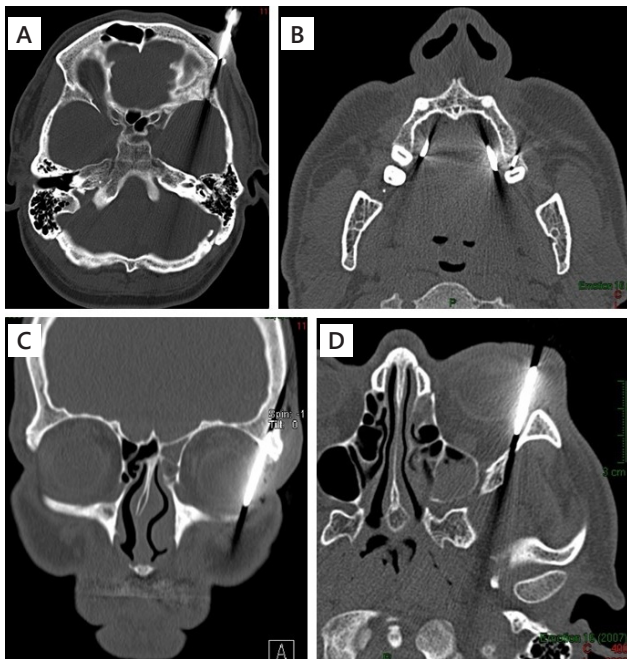


Figura 2 2.a: Ausência de acometimento intracraniano. 2.b: Fratura de bloco alveolar de maxila. 2.c/d: Arma branca em tangência com globo ocular acometendo parede lateral de órbita.



Figura 3 Acompanhamento pós-operatório com acuidade e motricidade ocular preservados.

O pós-operatório evoluiu sem edemas significantes, deiscências ou alterações oftalmológicas, com alta hospitalar dois dias após o procedimento.

DISCUSSÃO

Ferimentos provocados por arma branca impactada em região maxilofacial são raramente reportados na literatura^{5,6}. A terminologia empregada, “Síndrome de Jael”, foi utilizada por Harris et al. para definir o ferimento crânio-facial provocado intencionalmente por faca, onde a história bíblica do assassinato de Sisera cometido por Jael (Judas IV:21), é a base para esta definição⁸.

A maioria dos casos de trauma em região

maxilofacial por agressão física estão relacionados a pacientes jovens do gênero masculino^{2,3,6,8}. Estudo realizado por Meer et al., de novembro de 1993 até outubro de 2004, avaliou a quantidade e o perfil desse grupo de lesões relatadas na literatura mundial em que a África do Sul mostrou-se o país com maior número de casos. A região zigomático-temporal foi a mais acometida, seguida das regiões fronto-zigomática e base nasal, igualmente, bem como regiões da maxila e supraorbital. A órbita, acometida isoladamente, foi o sítio menos comum encontrado⁴.

Após a avaliação inicial do paciente, cuidados deverão ser tomados para a manutenção de vias aéreas, controle hemostático e possível estado de choque. Em situações, como o presente caso, quando a órbita está envolvida, uma acurada avaliação oftalmológica deverá ser realizada concomitante à avaliação neurológica^{3,6}.

Para avaliação complementar, o exame radiográfico pode ser utilizado em duas projeções. Elas são suficientes para a correta localização do corpo estranho impactado. Entretanto, deve-se ficar atento à possibilidade de corpos estranhos adjacentes estarem paralelos ao objeto primeiramente identificado⁶. Esse posicionamento pode levar à sobreposição na imagem radiográfica e passar despercebido por um avaliador inexperiente³.

Em situações mais complexas, em que o objeto está profundamente penetrado em região maxilofacial, o exame de tomografia computadorizada deve ser solicitado³. Quando existe o acometimento orbital, a imagem por ressonância magnética (IRM) é uma boa opção para a avaliação oftalmológica. Entretanto, em casos nos quais o corpo estranho é metálico, a IRM está contraindicada devido à possibilidade de deslocamento do objeto⁹, o qual pode levar a lesões secundárias ao trauma inicial, como relatado no presente caso.

A depender da região anatômica afetada e profundidade do material impactado, o paciente deverá ser avaliado pelo Cirurgião Vascular. Sangramento ativo, hematoma crescente e sinais de choque hipovolêmico são indícios de possível lesão vascular associada². Havendo suspeitas dessas lesões, ou cor-

po estranho alojado lugares inacessíveis, próximo de grandes vasos, o exame de angiografia deve ser realizado para afastar essas hipóteses^{5,9}.

A remoção do corpo estranho é realizada sob anestesia geral em centro cirúrgico, pois, além de promover um maior conforto para o paciente oferece ao cirurgião um maior segurança ao cirurgião. O meio utilizado para a remoção do corpo estranho, normalmente, é o mesmo trajeto de penetração. Durante o procedimento, deve-se ter cuidado para não danificar estruturas que estejam em íntimo contato ou próximas ao objeto. Após isso, o ferimento deve ser explorado para a procura de sangramentos ocultos ou fragmentos. Após controle da hemostasia, deve ser realizada uma copiosa irrigação com solução salina e posterior sutura por planos⁶.

Para o procedimento, deve ser realizada profilaxia antitetânica e terapia antibiótica no pré e no pós-operatório⁶. A maior causa de infecções nesse tipo de lesão está relacionada à presença remanescente de madeira do corpo estranho e fragmentos ósseos. Abscessos podem ser visualizados de três a cinco semanas com os *Staphylococcus Aureus*, sendo o microrganismo mais comumente encontrado. A terapia antibiótica de escolha pode ser a associação entre o Metronidazol para combate dos anaeróbios e cefalosporina de última geração⁹, apenas por curto período pós-operatório¹⁰.

No presente caso, o paciente, após receber a profilaxia antitetânica, foi tratado somente com o uso de cefalosporina de primeira geração no pré e pós-operatório, sem apresentar sinais de infecção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Lesão com essa característica possui aspectos singulares e devem ser avaliados multidisciplinarmente na emergência. Todos os cuidados devem ser tomados para que sejam afastadas as hipóteses de lesões neurológicas, vasculares e oftalmológicas o mais rápido possível. Para isso, o paciente deverá ser avaliado em uma unidade com suporte adequado e equipe com conhecimento a respeito desse tipo de lesão, para que o melhor tratamento seja adotado.

REFERÊNCIAS

1. Zandomenighi RC, Mouro DL, Martins EAP. Ferimento por arma branca: Perfil epidemiológico dos atendimentos em um pronto socorro. *Rev Rene*. 2011 Out/Dez;12(4):669-77.
2. Silva CJP, Ferreira RC, De Paula LPP, Haddad JPA, Moura ACM, Naves MD, Ferreira e Ferreira E. Traumatismos maxilofaciais como marcadores de violência urbana: Uma análise comparativa entre gêneros. *CiencSaude Coletiva*. 2014 Jan; 19(1):127-136.
3. Shinohara EH, Heringer L, Carvalho Júnior JP. Impacted knife in the maxillofacial region: Report of two cases. *J Oral Maxillofac Surg*. 2001 Out; 59(10):1221-3.
4. Meer M, Siddiqi A, Morkel JA, Janse van Rensburg P, Zafar S. Knife inflicted penetrating injuries of the maxillofacial region: a descriptive, record-based study. *Injury*. 2010 Jan;41(1):77-81.
5. Almeida Júnior P, Santos TS, Kumar PN, Martins Filho PRS, De Carvalho RWF. Ferimento a faca impactada na face (Síndrome de Jael): Relato de caso. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilofac*. 2010 Jan/Mar;10(1): 9-14.
6. Dominguet PR, Matos BF, Meyer TN, Oliveira LR. Jael syndrome: removal of a knife blade impacted in the maxillofacial region under local anesthesia. *BMJ Case Rep*. 2013 Apr;10;2013.
7. Kamulegeya A, Lakor F, Kabenge K. Oral maxillofacial fractures seen at a Ugandan tertiary hospital: A six-month prospective study. *Clinics*. 2009; 64(9):843-8.
8. Harris AM, Wood RE, Nortjé CJ, Grotepass F. Deliberately inflicted, penetrating injuries of the maxillofacial region (Jael's Syndrome): Report of four cases. *J Craniomaxillofac Surg*. 1988 Feb; 16(2):60-3.
9. Mandat TS, Honey CR, Peters DA, Sharma BR. Artistic assault: An unusual penetrating head injury reported as a trivial facial trauma. *Acta Neurochir (Wien)*. 2005 Mar; 147(3):331-333.
10. Mottini M, Wolf R, Soong PL, Lieger O, Nakahara K, Schaller B. The role of postoperative antibiotics in facial fractures: comparing the efficacy of a 1-day versus a prolonged regimen. *J Trauma Acute Care Surg*. 2014 Mar;76(3):720-4.