

Manejo bucomaxilofacial de tecidos moles e duros após queda de bicicleta: relato de caso

Bucomaxilofacial management handling of moles and hard tissues after bicycle fall: case report

RESUMO

Introdução: A face é a região do corpo humano mais projetada o qual propicia a lesões traumáticas com importantes sequelas. Esta, desempenha funções estéticas e funcionais como as expressões faciais. As reconstruções dos tecidos devem ser realizadas com a finalidade de restabelecer a funcionalidade, assimetria e o contorno da região. Deve-se dar importância às características dos tecidos moles lesionados, o qual deve ser reconstituído com a aparência mais próxima ao local da lesão. O presente trabalho tem como objetivo relatar a reconstrução do lábio superior e do alvéolo-dentário imediatamente após um acidente ciclístico. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 26 anos de idade, normossistêmico, compareceu ao serviço de emergência de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial devido a uma queda de bicicleta, a qual teria sido ocasionada pela quebra do garfo, o qual evoluiu com laceração em lábio superior e fratura dentro-alveolar. Foi realizada a reconstrução do lábio superior e alvéolos dentários. O paciente evoluiu 45 dias do pós-operatório com discreta cicatriz e função preservada. **Considerações finais:** Os traumas por bicicleta podem ter graves consequências orofaciais. Constata-se a indispensável avaliação profissional quanto às características dos tecidos moles e dento-alveolares, possibilitando ao paciente o retorno estético e funcional.

Palavras-chaves: traumatismos faciais; ferimentos e lesões; retalhos cirúrgicos; procedimentos cirúrgicos reconstrutivos.

Jayara Ferreira de Aguiar

Residente em Cirurgia e Traumatologia
Buco-Maxilo-Facial do Hospital Memorial

Vinicius Rodrigues Gomes

Residente em Cirurgia e Traumatologia
Buco-Maxilo-Facial do Hospital Memorial

Maria Carline Sampaio de Melo

Residente em Cirurgia e Traumatologia
Buco-Maxilo-Facial do Hospital Memorial

Maria Joceneide Jorge

Staff do serviço de Cirurgia e
Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
do Instituto Doutor José Frota (IJF) –
Fortaleza, CE.

Manoel de Jesus Rodrigues Mello

Staff do serviço de Cirurgia e
Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
do Instituto Doutor José Frota (IJF) –
Fortaleza, CE.

INSTITUIÇÃO ONDE FOI REALIZADO O TRABALHO

Serviço de Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilofacial, Instituto Doutor José
Frota (IJF), Fortaleza, CE, Brasil.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Jayara Ferreira de Aguiar
Avenida Dom Almeida Lustosa, 1853-A,
Caucaia-CE.
E-mail: jayarafaguiar@hotmail.com.

ABSTRACT

Introduction: The face is the region of the most projected human body which leads to traumatic injuries with important sequelae. It performs aesthetic and functional functions such as facial expressions. Tissue reconstructions should be performed with the purpose of restoring the functionality, asymmetry and contour of the region. The characteristics of lesioned soft tissues should be considered, which should be reconstituted with the appearance closest to the lesion site. The aim of the present study is to report the reconstruction of the upper lip and the dental alveolus immediately after a cycling accident. **Case report:** Male patient, 26 years of age, normossemic, attended the emergency service of Buco-Maxillo-Facial Surgery and Traumatology due to a bicycle fall, which would have been caused by the fork breaking, which evolved with laceration in the lip superiority and in-alveolar fracture. A reconstruction of the upper lip and dental alveoli was performed. The patient evolved 45 days postoperatively with discrete scar and preserved function. **Final considerations:** Bicycle traumas can have serious orofacial consequences. It is necessary to evaluate the professional characteristics of the soft and dento-alveolar tissues, allowing the patient to return aesthetic and functional.

Key-words: facial injuries; wounds and injuries; surgical flaps; reconstructive surgical procedures.

INTRODUÇÃO

O ciclismo é uma atividade que cresce popularmente devido ao alto custo do combustível e dos automóveis; com isso, têm sido criadas ciclovias e ciclofaixas para a população utilizar a bicicleta como meio de transporte mais barato. Essa prática oferece muitos benefícios para o indivíduo e para a sociedade como um todo, porém, apresenta alguns riscos, como acidentes e suas consequências. Os principais fatores de quedas de bicicletas são: colisão contra automóveis, distração do condutor, alcoolismo, ruptura de peças essenciais do equipamento e condições das ciclovias e ciclofaixas.¹

A face possui características peculiares nos indivíduos, por ser a área mais visível do corpo e conter regiões delicadas, estéticas e funcionais. Os lábios são responsáveis pela competência oral, deglutição, articulação e expressão da emoção, além de simbolizarem a beleza. O objetivo principal da reconstrução dos tecidos faciais é restabelecer funcionalidade, simetria e contorno.¹ Esses procedimentos em lábios são frequentes e sua dificuldade está relacionada ao tamanho e à localização da perda de substância.²

As lesões faciais podem ter graves consequências, entre elas, perda da sensibilidade e do suporte da estrutural facial, disfunção motora da mastigação e do sorriso, deficiência visual, bem como consequências ocasionadas por fatores psicológicos e estresse.³

As fraturas dento-alveolares podem estar associadas com traumas faciais, lesões da coluna cervical e outros ferimentos que possam não estar evidentes no momento da avaliação inicial. É de suma importância a realização da anamnese, obtendo a história completa do trauma, realizando os seguintes questionamentos: Quando ocorreu a lesão? Em que local ocorreu a lesão? Houve período de inconsciência? Há alteração na oclusão? Esses questionamentos surgem para fornecer informações quanto à localização de outras possíveis lesões, como também, a necessidade de vacinas antitetânicas e profilaxias medicamentosas e guiar o profissional em sua conduta.⁵

O objetivo do presente trabalho é relatar a reconstrução do lábio superior e do alvéolo-dentário imediatamente após um acidente ciclístico.

RELATO DE CASO

Paciente, sexo masculino, 26 anos de idade, normossistêmico foi levado até uma unidade hospitalar em que havia o serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial devido a uma queda de bicicleta, a qual teria sido ocasionada pela quebra do garfo. A equipe prosseguiu com os atendimentos iniciais para realizar a hemostasia, a lavagem da região e a reconstrução do lábio superior e alvéolos dentários. O paciente foi posicionado em decúbito dorsal horizontal (DDH), foi realizada a lavagem de toda a região com soro fisiológico 0,9%, seguido de antissepsia extraoral com digluconato de clorexidina 2% degermante e na região intraoral com digluconato de clorexidina 0,12% e em seguida aposição dos campos cirúrgicos. Visto a extensa laceração em região de lábio superior e fratura dento-alveolar, foi realizada anestesia local, utilizando a base anestésica lidocaína 1:100.000 com vasoconstrictor, onde o ponto de punção foi realizado por meio intraoral, em região infraorbitária e mentoniana bilateralmente. Posteriormente, foi realizada a reconstrução da pele com fio de sutura não reabsorvível nylon 5-0, em seguida, sutura intraorais com fio de sutura reabsorvível 4-0. Como medicação pós-operatória, foi prescrito Cefalexina 500mg 06/06 horas por 07 dias e Ibuprofeno 600mg 08/08 horas por 03 dias, com o objetivo de evitar infecção pós-operatória e diminuir a inflamação local, além de, digluconato de clorexidina 0,12% bochecho e o orientações pós-operatórios e à higiene da região.



Figura 1 - Pré-operatório: Paciente apresentando extensa laceração em tecido mole (envolvendo lábio superior e mucosa vestibular) e fratura dento-alveolar.

O paciente evoluiu com 45 dias de pós-operatório, apresentando discreta cicatriz em região de filtro labial superior, função e contorno labial preservado, como também uma boa cicatrização alveolar e ausência de infecção local. O paciente foi orientado a procurar um serviço odontológico para reabilitação dentária.



Figura 2 - Pós-operatório imediato: Foi realizado a hemostasia e lavagem da região, reconstrução do lábio superior e alvéolos dentários e prescrições pós-operatórias.



Figura 3 - Fotografia com 45 dias de pós-operatório: O paciente retornou para avaliação clínica apresentando discreta cicatriz em região de lábio superior sem intercorrências ou complicações.

DISCUSSÃO

A reconstrução do lábio superior é mais difícil do que a do lábio inferior, devido ao fato de ele ser menos móvel. Em homens, a presença de pelos pode ajudar a ocultar a cicatriz produzida.⁵ Para Peled (1999) o tecido ideal para reconstruções de lábios lesionados, é o próprio lábio do paciente. As cicatrizes visíveis, deformidade evidente, comissura labial distorcida, abertura bucal reduzida (microstomia), são resultados poucos satisfatórios de reconstruções labiais.⁶

As lacerações de lábio que envolvem a parte vermelha requerem uma atenção minuciosa para evitar algum defeito estético significativo e evidente. A parte vermelha, o filtro e o rebordo dos lábios devem ser realinhados adequadamente para minimizar falhas perceptíveis. Os cuidados também devem envolver a aproximação do músculo orbicular da boca, de modo a otimizar a aparência, bem como a função.⁷ (MANUAL)

Amadori *et al.* (2017), observaram 1951 pacientes entre 0 a 18 anos de idade envolvidos em acidentes de bicicleta durante um período de 5 anos. Um total de 1085 dentes foram envolvidos, dos quais 975 foram dentes permanentes (89,9%) e 110 decíduos (10,1%). Os dentes permanentes mais frequentemente feridos foram 11, 21, 12 e 22, seguidos dos incisivos centrais inferiores. Entre os dentes decíduos, os mais comumente feridos foram 51, 61, 52, 62, 71 e 81. Dos 520 pacientes encaminhados à clínica odontológica por trauma dentário, 57 (11%) foram também tratados de fraturas ósseas.⁸

BENJAMIN *et al.* (2018), analisaram os padrões de lesões faciais por acidentes de bicicleta durante um período de 5 anos, comparando as lesões quando a vítima utilizava, ou não, o capacete como proteção. Os resultados mostraram que o uso convencional do capacete protege a cabeça, porém, sua eficácia diminui quanto à proteção do terço médio e inferior da face. Em relação aos tecidos moles, podem ocorrer lacerações, abrasões e contusões; por isso, são necessários itens de segurança auxiliares para complementar a segurança em toda a extensão da face.⁹

Clinicamente, o Fibroma Ossificante Juvenil pode se apresentar como uma expansão indolor do osso afetado que leva à assimetria facial³. São lesões que invadem os seios paranasais, órbita ou maxila, podendo ocasionar quadros de epistaxe, obstrução nasal, exoftalmia e em raros casos envolvimento intracraniano⁴. Pode ser descoberto em radiografias de rotina ou mesmo devido à queixa do paciente de aumento de volume⁸. Ao exame físico do paciente foi observado aumento de volume endurecido em

região maxilar direita, assintomático à palpação.

Radiograficamente, aparece como uma área radiolúcida uni ou multilocular bem definida que gera expansão e adelgaçamento das tábuas ósseas e em alguns casos, podem apresentar radiopacidades no seu interior⁹. No exame tomográfico do paciente, observou-se imagem circunscrita hipodensa com focos hiperdensos e presença de dentes em seu interior. Lesões agressivas podem mostrar afinamento cortical e perfuração. Uma linha de demarcação entre neoplasma e o entorno tecido ósseo saudável pode estar presente³.

O fibroma ossificante juvenil apresenta duas variantes histológicas distintas, apesar da semelhança clínica. O trabecular (FOJT) é composto por um estroma fibroso rico em células, contendo depósitos osteóides e osso trabecular desprovidos de margem osteoblástica e agregados de células gigantes. A variante psamomatóide (FOJP) exibe múltiplos ossículos esféricos de formatos variados, chamados de corpos de psamoma¹⁰. A expansão do tumor é encontrada nos dois subtipos⁸. No aspecto microscópico da lesão, evidenciou-se neoplasia formada por células predominantemente fusiformes, sem atípicas, com formação de numerosas estruturas mineralizadas de aspecto circular e concêntricas, levando à conclusão do diagnóstico de Fibroma Ossificante Juvenil Psamomatóide.

Embora ambos os padrões revelem características radiográficas e padrões de crescimento semelhantes, a forma trabecular é diagnosticada em pacientes mais jovens. A média de idade em que é feito o diagnóstico do fibroma ossificante juvenil trabecular é de aproximadamente 11 anos, enquanto a idade dos pacientes diagnosticados com a variante psamomatóide é de 22 anos¹¹. Uma característica clínica que ajuda a diferenciar o subtipo trabecular do subtipo psamomatóide é o local de envolvimento. A variante psamomatóide ocorre principalmente nos seios paranasais e o trabecular ocorre principalmente na maxila⁸. No caso relatado, o local acometido pela lesão foi a maxila correspondendo à localização relatada na literatura para o subtipo psamomatóide. O padrão psamomatóide é relatado mais comumente².

Em muitas lesões benignas são consideradas excisão cirúrgica e curetagem óssea, mas os casos publicados indicam uma alta taxa de recorrência, por isso alguns autores sugerem que, nestes casos, ressecção cirúrgica com margem de segurança de 5mm é a melhor alternativa, reservando a curetagem apenas para pequenas lesões⁹. O tratamento conservador pode preservar a função do nervo alveolar inferior, a função mastigatória

e o crescimento normal do osso acometido, seja mandíbula ou maxila, além da preservação da estética. Já o Fibroma Ossificante Juvenil com altas taxas de crescimento, fragilidade da cortical óssea, deslocamento dentário ou reabsorção radicular, requer uma ressecção em bloco com margens conservadoras para prevenir sua recorrência⁴. O tratamento mais conservador foi escolhido neste caso porque o paciente era jovem, o tumor é benigno, possibilita um menor grau de morbidade e a longo prazo trará mais benefícios para o paciente do que uma ressecção radical.

Grandes exposições têm sido historicamente obtidas através de uma incisão do tipo Weber-Ferguson ou uma modificação desta. As incisões de Weber-Ferguson podem ser usadas em partes ou estendidas quando necessário, com incisões e dissecações adicionais. A cicatriz externa dessa abordagem é mínima, já que ela está localizada entre as subunidades estéticas faciais¹², além de diminuir a tração dos tecidos moles, ajudando assim a reduzir o tempo cirúrgico e a reparação tecidual¹³. A abordagem cirúrgica de Weber-Ferguson é indicada para acesso a tumores maxilares que se estendem superiormente em direção ao assoalho orbital ou envolvem a órbita ou para tumores que se estendem posteriormente em direção à parede posterior do antro maxilar¹⁴. A escolha da abordagem cirúrgica pelo acesso Weber-Ferguson foi devido à localização, extensão e agressividade da lesão às características do mesmo em possibilitar adequado acesso à lesão com cicatrizes externas mínimas.

Recorrências são observadas em um período que varia de 6 meses a 19 anos, por isso um longo período de acompanhamento se faz necessário¹. Após o tempo de preservação é realizada a reconstrução com enxerto ósseo⁴ ou implantes zigomáticos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A boca exerce papel fundamental na mastigação, fala e sorriso. É de suma importância o profissional avaliar as características dos tecidos, como, cor e textura da pele, direção das fibras musculares, necessidade de enxerto, confecção de retalho, proximidade dos tecidos no local da lesão, a fim de devolver uma estética satisfatória, priorizando o aspecto funcional do órgão.

REFERÊNCIAS

1. AZEVEDO, D. M. de.; NAGASSAKI, E.; CARVALHO, A. S. de.; LAFAYETTE, K. A. S.; CAÇÃO, E. G.; INFORZATO, H. C. B.; SALDANHA, O. R.; PINTO, E. B. de S.; Lower Lip Reconstruction Using the Karapandzic Technique. *Rev. Bras. Cir. Plást.* Vol.28 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2013.
2. ROCHA, F. P. da; ALMEIDA, M. W. R.; FAGUNDES, D. J.; COSTA, T. V.; PIRES, J. A.; Lower Lip Reconstruction After Equine Bite: Technique Description and Anatomy Review. *Ver. Bras. Cir. Plást. (impr)* vol.25 no.4 São Paulo Oct/Dec. 2010.
3. PRASHANTH, N. T.; RAGHUVERR, H. P.; KUMAR, D.; SHOBHA, E. S.; RANGAN, V.; RAO, T. S.; Anxiety and depression in facial injuries: a comparative study. *J Int Oral Health.* 2015; 7(9):94-100.
4. MACLEOD, S. P. R.; RUDD, T. C.; Update On The Management Of Dentoalveolar Trauma. *Cur Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2012 Aug; 20(4):318-24.
5. ALVES, P. J.; ALVES. S. S. T.; Upper Lip Reconstruction With Subcutaneous Pedicle Flap. *Rev. Bras. Cir. Plást. (Impr)* vol.26 no.2 São Paulo Apr. /June 2011.
6. PELED, I. J.; Aesthetics and Function in Lip Reconstruction. *Aesthetic Plast Surg.* 1999; 23(4):275-8.
7. MATTINGLY, J. K.; KELLEY, P. Lesões de tecidos moles. XIII Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica da IAPO (Interamerican Association of Pediatric Otorhinolaryngology. 2015.
8. AMADORI, F.; BARDELLINI, E.; COPESTA, A.; CONTI, G.; VILLA, V.; MAJORANA, A.; Dental Trauma and Bicycle Safety: A Report In Italian Children and Adolescents. *Acta Odontol Scand.* 2017 Apr; 75(3):221-231.
9. BENJAMIN, T.; HILLS, N. K., KNOTT, P. D.; MURR, A. H.; ETH R.; Association Between Conventional Bicycle Helmet Use and Facial Injuries After Bicycle Crashes. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2018 Dec 13.