

FERIMENTOS FACIAIS: RELATO DE CASO

FACIAL WOUNDS: CASE REPORT

Ellen Cristina **GAETTI JARDIM**¹

Joel Ferreira **SANTIAGO JUNIOR**²

Fernando Pozzi Semeghini **GUASTALDI**³

Eduardo **DIAS-RIBEIRO**⁴

Elio Hitoshi **SHINOHARA**⁵

Idelmo Rangel **GARCIA JUNIOR**⁶

Elerson **GAETTI JARDIM JÚNIOR**⁷

RESUMO

Os ferimentos faciais variam nas suas características clínicas e complexidade, merecendo uma abordagem adequada para cada caso, haja vista que os insucessos podem resultar em alterações estético-funcionais que podem ser prejudiciais tanto funcional como psicologicamente. Aspectos como tempo de exposição do ferimento, anestesia, fios de suturas e profilaxia antitetânica constituem fatores importante. O objetivo do trabalho é apresentar um caso clínico de extenso ferimento facial em paciente vítima de acidente automobilístico.

UNITERMOS: Face; Lesões; Sutura.

INTRODUÇÃO

Ferimentos são lesões resultantes de agressão sobre as partes moles, provocadas por um agente traumático, acarretando dano tecidual,^{6,16} podendo ser superficiais ou profundos. Em geral, causam dor e sangramento de intensidades variáveis, com risco de infecção local^{11,13,19}.

Os ferimentos dos tecidos moles da face assumem um papel de destaque no atendimento a pacientes politraumatizados nas emergências gerais, já que essas lesões podem comprometer definitivamente a vida do ser humano, pois, quando mal abordadas, deixam seqüelas, marginalizando o indivíduo do convívio social, resultando, muitas vezes, em incapacidade de trabalho, condenando-o ao segregamento⁹.

É importante que o Cirurgião Buco-Maxilo-Facial conheça os princípios básicos de tratamento dessas lesões, para obter o melhor resultado possível, minimizando as seqüelas estéticas e funcionais. Para tanto as lesões de tecido mole da face podem ser classificadas em contusão, abrasão, laceração, avulsão, feridas por mordeduras de animais e ferimentos por arma de fogo, sem esquecer-se da possível associação, como por exemplo, ferimentos do tipo lacero-contusivos e corto-contusos^{6,7} cuja etiologia está associada aos acidentes de trânsito (automobilísticos e motociclísticos), domésticos, trabalhistas e esportivos, além de agressão física, ferimentos por arma de fogo e acidentes cotidianos como queda da própria altura^{7,8,10-12}.

Os ferimentos faciais variam amplamente na sua apresentação e complexidade, sendo tratados de acordo com sua extensão, profundidade, grau de contaminação, agente etiológico e tempo do trauma. Esses ferimentos devem ser tratados o mais rápido possível. Resultados estéticos insatisfatórios e infecção estão relacionados às feridas com maior tempo de exposição dos tecidos^{6,19}.

Outra condição a ser avaliada é a imunização do paciente contra o tétano. Este é causado por um bacilo Gram positivo, o *Clostridium tetani*, comumente encontrado no solo e em fezes de animais. Fatores, como etiologia das feridas, grau de contaminação do ferimento, tempo de vacinação do indivíduo devem ser considerados³. Se o indivíduo recebeu as três doses da vacina e for ferido, não necessita de nenhuma medicação antitetânica^{4,9}.

É de suma importância a correta abordagem dos ferimentos de face. A inobservância de princípios básicos como remoção de tecidos inviáveis e a regularização das bordas do ferimento, diminuindo, respectivamente, o risco de infecção e a possibilidade de cicatrizes sem esquecer-se das necroses teciduais; suturas por planos a fim de evitar espaços mortos e com isso possibilidade de proliferação bacteriana a custa da formação de hematomas, além de suturas sem tensão e sobre tecido ósseo íntegro com o intuito maior de evitar deiscências das mesmas, são essenciais para um resultado satisfatório a médio e longo prazo^{9,20}.

1 - Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia/Área de Concentração em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial - Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

2 - Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Odontologia/Área de Concentração em Implantodontia - Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

3 - Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Odontologia/Área de Concentração em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial - Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

4 - Mestrando em Estomatologia-Faculdade de Odontologia de Bauru (USP)

5 - Prof. Orientador do Programa de Pós-Graduação em Odontologia/Área de Concentração em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial - Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

6 - Prof. Assistente Doutor do Departamento de Cirurgia e Clínica Integrada - Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP

7 - Prof. Adjunto do Departamento de Patologia e Propeidética Clínica - Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP

A manutenção da terapia antimicrobiana, sobretudo em feridas ditas contaminadas ou potencialmente contaminadas^{5,14}, associada a não-exposição a raios solares, aplicação de pomadas cicatrizantes auxiliam no processo de reparação e minimizam as chances de formação de cicatrizes ou escaras

Sendo assim, o objetivo deste estudo é relatar um caso clínico de paciente vítima de extenso ferimento em região hemifacial além de discutir a respeito da terapêutica empregada.

CASO CLÍNICO

Paciente do gênero feminino, leucoderma, com 18 anos de idade, vítima de acidente automobilístico encontrando-se alcoolizada. Apresentava extenso edema localizado em hemi-face direita, ferimentos do tipo lacero-contusivos múltiplos em face, oclusão palpebral a direita (Figuras 1 e 2). Intrabucalmente foram observados a limitação de abertura bucal, desnivelamento do plano oclusal além de degraus palpáveis em pilar zigomático-maxilar a direita e em corpo mandibular a esquerda.

Foram solicitados exames radiográficos, como a lateral oblíqua de mandíbula e a pósterio-anterior de face, além de exames laboratoriais pré-operatórios. Com base nos exames físicos e de imagens, concluiu-se que a paciente apresentava além dos ferimentos extensos, fratura mandibular (corpo esquerdo) além de fratura do complexo zigomático-maxilar a direita (Figuras 3 e 4).

Fez-se a limpeza cuidadosa dos ferimentos com solução degermante de polivinilpirrolidona iodo (PVPI), e PVPI tópico para antisepsia seguida de sutura por planos dos ferimentos a fim produzir hemostasia, sob anestesia local, com fio de poliglactina 910 (vycril) 4-0 no plano profundo e nylon 5-0 superficialmente, com posterior internação da paciente para se submeter a redução e fixação das fraturas (Figura 5).

Em pós-operatório de 30 dias a paciente encontra-se em bom estado geral, ferimentos em vias de cicatrização, movimentos mandibulares preservados além de motilidade e acuidade visual preservados (Figuras 6 e 7).



Figura 1-Vista Lateral da Paciente. Inúmeros ferimentos lacero-contusivos e extensa perda tecidual em região geniana a direita.



Figura 2 - Vista frontal da paciente evidenciando a perda tecidual.



Figura 3 - RX Pósterio-anterior de face. Evidência de fratura mandibular a esquerda bem como do terço médio a direita.

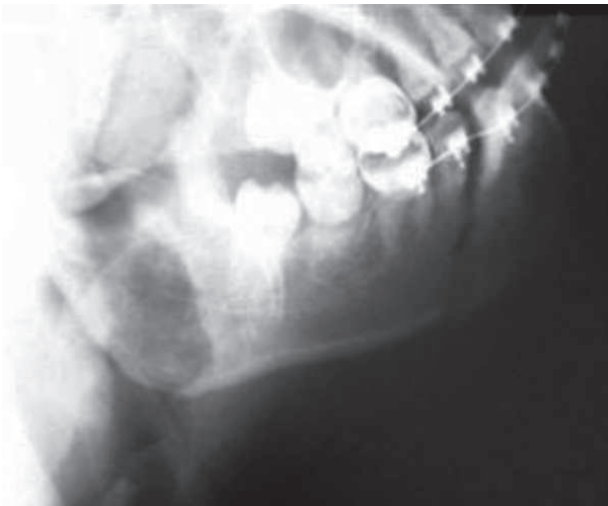


Figura 4 - RX Lateral Oblíquo de Mandíbula. Presença de traço de fratura em região de corpo mandibular a esquerda.



Figura 5 - Aspecto lateral mostrando as suturas em posição.



Figura 6 - Aspecto frontal da paciente com o pós-operatório de 30 dias. Ferimentos em vias de cicatrização.



Figura 7 - Aspecto frontal da paciente com o pós-operatório de 30 dias. Ferimentos em vias de cicatrização.

DISCUSSÃO

Embora o aspecto dos ferimentos faciais seja geralmente deformante, devemos considerar o paciente como um todo, respeitando os princípios do atendimento inicial ao paciente traumatizado, priorizando as lesões que possam causar risco de morte. Estabelecidas as prioridades, deve-se avaliar a extensão da lesão, agente etiológico, estado geral do paciente, além de identificar eventuais fraturas faciais^{6,9,19}.

Antes de instituir uma terapêutica clínica-cirúrgica dos ferimentos faciais, deve-se garantir que o paciente não apresenta lesões que ponham sua vida em risco¹. Estruturas anatômicas importantes devem ser avaliadas nos traumatismos faciais. Ferimentos profundos na região parotídea-massetérica merecem o exame do ducto da glândula parótida e do nervo facial. Em lesões aparentemente inofensivas, como as abrasões e escoriações, também se faz importante a lavagem copiosa com soro fisiológico, minimizando o risco de infecção e, conseqüentemente, o retardo do processo de cicatrização. Já em lesões puntiformes, como, por exemplo, penetrações de instrumentos perfurantes na região de palato, principalmente em crianças, por vezes não se faz necessária a realização de suturas.

De acordo com a literatura^{2,9,17} ainda é controverso a sutura de feridas com grande tempo de exposição, visto o risco de infecção destas já que é sabido que a face é uma região altamente vascularizada e cicatrizes não estéticas podem alterar o convívio social do paciente sendo assim,

corroboramos com a literatura no sentido de que a sutura deva ser realizada em ferimentos com até vinte e quatro horas de exposição ao meio externo.

O fechamento primário, que corresponde a sutura em tempo menor do que 24 horas decorridas do trauma, embora outros considerem tempo menor, sem dúvida é a melhor opção, precedidos pela lavagem exaustiva com solução fisiológica e antissépticos, acompanhado de escovação copiosa, induzindo ao sangramento, principalmente para reavivar as bordas das bordas da ferida, o que corrobora com o tratamento instituído no caso apresentado associado a terapia antibiótica e antitetânica^{15,18}.

A observância de detalhes que contribuem para o melhor resultado estético-funcional dos ferimentos faciais, como, por exemplo, a regularização de bordas, a hemostasia eficaz, sutura por planos anatômicos bem como fios finos e material delicado. No caso apresentado a referida paciente teve considerável porção de tecido mole perdida, sobretudo na região geniana em decorrência do trauma; se a não observância de detalhes simples, mas que passam, por vezes, despercebidos, como a divulsão dos tecidos remanescentes para um melhor fechamento sem tensão, pode-se levar a formação de cicatrizes e até comprometimento funcional.

Quanto à anestesia, esta deve ser suficiente para não ocasionar dor durante o procedimento, entretanto a injeção de grande quantidade de anestésico deve ser evitada, pois resulta em distorções nas áreas a serem suturadas. Uma opção seria a anestesia por bloqueio regional. Outra situação que deve ser evitada é a infiltração demasiada de anestésicos com vasoconstrictores nas regiões de cartilagem, como nariz e orelha, devido ao risco de necrose e com isso agravar uma situação que possui um prognóstico delicado.

CONCLUSÃO

Os ferimentos dos tecidos moles da face assumem um papel de destaque no atendimento a pacientes politraumatizados, haja vista que, quando mal abordadas, deixam seqüelas, marginalizando o indivíduo do convívio social, resultando, muitas vezes, em incapacidade de trabalho, condenando-o ao segregamento. Em verdade, levam a danos, funcionais, como comportamentais, já que, frequentemente, há as cicatrizes e o subsequente desfiguramento facial. Torna-se evidente então que o Cirurgião Buco-Maxilo-Facial conheça os princípios básicos de tratamento dessas lesões, para obter o melhor resultado possível, minimizando as seqüelas estéticas e funcionais.

ABSTRACT

Facial injuries vary in their clinical characteristics and complexity, deserves an appropriate approach for each case, considering that the failures may result in aesthetic and functional changes that can be harmful

both functionally and psychologically. Aspects such as exposure time of the injury, anesthesia, suture materials and tetanus prophylaxis are important factors. The objective is to present a case of extensive facial injuries in an automobile accident patient.

UNITERMS: *Face; Injuries; Suture.*

REFERÊNCIAS

1. American College Of Surgeons Committee On Trauma. Advanced Trauma Life Support – ATLS; 2004.
2. Bernardo LM. A comparison of dog bite injuries in younger and older children treated in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care.* 2002; 18:247-9.
3. Blauch A, Hellwig B, Bogdan C. Tetanus following an abrasion injury. *Dtsch Med Wochenschr.* 2006; 131:979-81.
4. Bleck TP. Tetanus: pathophysiology, management, and prophylaxis. *Dis Mon.* 1991; 37: 545-603.
5. Capellan O, Hollander JE. Management of lacerations in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am.* 2003; 21: 205-31.
6. Clark N, Birely B, Manson PN, Slezak S, Kolk CV, Robertson B, et al. High-energy ballistic and avulsive facial injuries: classification, patterns, and an algorithm for primary reconstruction. *Plast Reconstr Surg;* 1996; 98: 583-601.
7. Gasparini G, Brunelli A, Rivaroli A, Lattanzi A, De Ponte FS. Maxillofacial traumas. *J Craniofac Surg.* 2002; 13:645–9.
8. Inojosa R, Silva Neto JC. Lesões dos tecidos moles. In: Vasconcelos BCE, Silva EDO. *Traumatologia buco-maxilo-facial.* Recife: EDUPE; 2001. p.93-10.
9. Leite Segundo AV, Gondim DGA, Caubi AF. Tratamento dos ferimentos faciais. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac.* 2007;7: 9 - 16.
10. Le BT, Dierks EJ, Ueek BA, Homer LD, Potter BF. Maxillofacial injuries associated with domestic violence. *J Oral Maxillofac Surg;* 2001;59:1277-283.
11. Motamedi MHK. An assessment of maxillofacial fractures: a 5 year study of 237 patients. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003; 61: 61-64.
12. Pena EO, Marzola C, Campos CR, Toledo Filho JL, Pastori CM, Zorzetto DLG. Tratamento das lesões faciais causadas por armas de fogo – considerações gerais, apresentação de caso e terapêutica. *Rev. Assoc. Maringaense Odont.* 2000;1(2). Disponível em: <http://www.amo.org.br/artigos/09/01.htm>. Acesso em: 09 dez. 2010.
13. Peterson LJ. Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery. 2 ed. Londres: BC Decker Inc Hamilton; 2004.

14. Sabiston Junior DC, Lyerly HK. Tratado de cirurgia: as bases biológicas da prática cirúrgica moderna. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
15. Santos TS, Antunes RAA, Carvalho WF, Avelar RL, Melo REVA, Dourado E. Perfil dos pacientes vítimas de mordeduras faciais: um estudo retrospectivo. RGO; 2007; 55:369-73.
16. Shaikh ZS, Worrall SF. Epidemiology of facial trauma in a sample of patients aged 1-18 years. Injury. 2002; 669-71.
17. Stefanopoulos PK, Tarantzopoulou AD. Facial bite wounds: management update. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2005; 34: 464-72.
18. Stierman KL, Lloyd KM, De Luca-Pytell DM et al. Treatment and outcome of human bites in the head and neck. Otolaryngol Head Neck Surg. 2003; 128: 795-801.
19. Suominen E, Tukiainen E. Close-range shotgun and rifle injuries to the face. Clin Plast Surg. 2001; 28: 323-37.
20. Valderrama LS. Clinical application of povidoneiodine oral antiseptic 1% (Betadine mouthwash) and povidone-iodine skin antiseptic 10% (Betadine solution) for the management of odontogenic and deep fascial space infection. Dermatology. 2006;212:112-4.

Endereço para correspondência

Ellen Cristina Gaetti Jardim

Departamento de Cirurgia e Clínica Integrada
Faculdade de Odontologia de Araçatuba (UNESP)
e-mail: ellengaetti@gmail.com