

TRATAMENTO DE FRATURAS CRÂNIO-ÓRBITO-MAXILARES EM PACIENTE PEDIÁTRICO

DOS SANTOS, Ingrid Aparecida¹, ORTIZ, Verônica Ferreira¹; DOS SANTOS, Renata Pancione¹; MELOQUERO, Gustavo Henrique Amador, STATKIEVICZ, Cristian².

¹ Acadêmico do curso de Odontologia, Faculdade de Apucarana

² Professor de cirurgia bucal do curso de Odontologia, Faculdade de Apucarana

Palavras-chave: trauma, cirurgia, órbita, crânio, maxila, criança.

1.INTRODUÇÃO

O padrão de fraturas faciais em pacientes pediátricos assim como o seu tratamento apresentam particularidades muito distintas em relação ao paciente adulto. Embora grande parte das fraturas em crianças sejam conduzidas de maneira não cirúrgica, a redução aberta e fixação interna torna-se imprescindível principalmente em traumas de alta energia. A diferença na densidade óssea, tamanho do crânio, proporção de tecido mole, pneumatização dos seios, presença dos germes dentários e o crescimento craniofacial constituem um desafio ao cirurgião maxilofacial no manejo de fraturas pediátricas.

2.OBJETIVO

O objetivo deste relato de caso foi descrever o tratamento cirúrgico de um paciente pediátrico vítima de acidente automobilístico com trauma em face.

3.RELATO DE CASO

Paciente gênero masculino, 09 anos, sofreu acidente automobilístico e foi conduzido ao pronto-socorro do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná

na cidade de Londrina-PR. Ao realizar anamnese e exame clínico, foi constatado aprofundamento da região frontonasal, edema ocular, pequenas abrasões nos tecidos orbitares e obstrução nasal. A mobilidade ocular e acuidade visual do olho esquerdo manteve-se preservada, não foi possível realizar a avaliação do olho direito devido à condição clínica do mesmo. Constatou-se no exame clínico intraoral a avulsão dos elementos 11 e 12.

Tomografia computadorizada tridimensional foi realizada, permitindo a identificação de fraturas em terço médio e superior da face, fratura do complexo zigomático orbitário (suturas fronto-zigomáticas, pilar zigomático maxilar direito e teto orbitário bilateral). Foi solicitada avaliação da equipe de neurocirurgia que constatou laceração da dura-máter e rinoliquorréia.

A fístula líquórica é uma complicação presente em cerca de 30% dos casos de cirurgias em base de crânio e deve ser diagnosticada corretamente a fim de evitar complicações graves, como, por exemplo, a meningite. A rinoliquorréia é definida como a presença de líquido cefaloraquidiano na cavidade nasal e implica a existência de uma abertura óssea e dural colocando em comunicação o espaço subaracnoideo com as cavidades contaminadas das vias aéreas superiores.

O tratamento estabelecido foi a realização do acesso coronal e craniotomia, para remoção do fragmento ósseo craniano deslocado para o interior da órbita, redução cirúrgica e fixação das fraturas do terço superior, reconstrução de teto de órbita com malha de titânio e acesso intra-bucal para tratamento de fraturas do terço médio.

A tomografia pós-operatória imediata demonstrou uma correta colocação dos fragmentos ósseos e sua correta fixação. Após 20 dias pós-operatório, ficou evidenciado a boa cicatrização do acesso, diminuição do afundamento no dorso nasal e presença de edema residual em periórbita direita. Quando avaliado a mobilidade ocular, foi constatado restrição ocular direita em infraversão (capacidade de mobilidade ocular), leve enoftalmo à direita (aprofundamento do olho na órbita), diminuição da acuidade visual do olho direito (clareza e nitidez da visão) e xeroftalmia do olho esquerdo (deficiência na produção de lágrimas, causando “olho seco”). Em exame intra-bucal foi avaliado que a condição da oclusão estava estável e abertura bucal era de 34mm.

Pós-operatório de 44 dias, o cabelo no local do acesso coronal cresceu, ocorreu a diminuição do edema periorbitário à direita, houve o reestabelecimento da

movilidade ocular, reestabelecimento da acuidade visual do olho direito. Contudo, a xeroftalmia do olho esquerdo permaneceu.

Por fim, após 73 dias em avaliação clínica, foi constatado ausência de edema periorbitário e permanência de xeroftalmia do olho esquerdo.

4.DISCUSSÃO

Traumas de alta intensidade provenientes de acidentes veiculares, industriais e agressões físicas podem causar fraturas faciais, resultando em defeitos estéticos severos por afundamento facial. Para obter um diagnóstico correto, a tomografia computadorizada tridimensional é de extrema importância, proporcionando ao cirurgião todas as informações necessárias quanto à localização e extensão da fratura e fraturas adicionais.

Com as informações da tomografia computadorizada tridimensional e a identificação do tipo de fratura, o tratamento deve basear-se na proteção do conteúdo intracraniano contra infecções e promover o restabelecimento do contorno superior facial. O tratamento neurocirúrgico é realizado para evitar complicações pós-operatórias, que podem ocorrer logo após a intervenção cirúrgica ou após anos, como dor, sinusite e meningite.

O defeito estético causado pela perda da integridade óssea pode ser reparado com a tela de titânio, que se caracteriza como um bom material para esta aplicação. A tela de titânio, possui vantagens de fácil manipulação e modelagem, estabilidade favorável com rigidez suficiente para manter os tecidos em posição, é não reabsorvível, pouco suscetível a infecções, capaz de drenar líquidos internos, crescimento de tecidos, baixa resposta inflamatória.

5.CONCLUSÃO

Manejo das fraturas pediátricas crânio-órbito-maxilares apesar de raras, consistem em um desafio ao cirurgião. Por essa razão, é imprescindível o conhecimento anatômico e cirúrgico do profissional atuante.

A interdisciplinaridade entre as áreas de neurocirurgia, cirurgia bucomaxilofacial e oftalmologia é essencial no tratamento desse tipo de fraturas.

6.REFERÊNCIAS

AL HAITHAM AL SHETAWI, et al. **Pediatric Maxillofacial Trauma: A Review of 156 Patients.** JOMS Volume 74, Issue 7, July 2016.

BEDE, S.Y. et al. **Patterns of Pediatric Maxillofacial Injuries.** J Craniofac Surg. 2016.

BELL, R.B. **Management of frontal sinus fractures.** Oral Maxillofacial Surg Clin N Am. v.21, n.2, p.227–242, 2009

BRYAN BELL, R. et al, **Terapias atuais em cirurgia bucomaxilofacial led.** 2013 Bagheri SC.

FERREIRA, P.C. et al. **Pediatric Facial Fractures: A Review of 2071 Fractures.** Ann Plast Surg. 2016.

KABAN, L. et al. **Pediatric oral and Maxillofacial Surgery,** 2004.

MANOLIDIS, S. et al. **Management of Frontal Sinus Fractures.** Plast Reconstr Surg. v.120, n.7, p.32-48, Dec. 2007.

MILORO, M. **Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery** (3a ed.). People's Medical Pub. House-USA. 2012.

NARAN, S. et al. **Pediatric Craniofacial Fractures: Trajectories and Ramifications.** J Craniofac Surg. 2016.

PICCOLINO, P. et al. **Frontal bone fractures: New technique of closed reduction.** J Craniofac Surg. v.18, n.3. May. 2000.

WEI, L.A. et al. **Traumatic orbital encephalocele: Presentation and imaging.** Orbit. 2016.