

Fratura bilateral de mandíbula atrófica

Bilateral fracture in atrophic mandible

Luciana SIGNORINI*

Paula MARINHO**

Cléber Machado de SOUZA***

Antônio Carlos Domingues de SÁ****

Ramon César GONÇALVES****

Endereço para correspondência:

Luciana Signorini

Avenida Iguaçu, 409 – ap. 32

Rebouças – Curitiba – PR – CEP 80230-020

E-mail: siglu@brturbo.com.br

* Cirurgiã bucomaxilofacial do Hospital Nossa Senhora do Rocio. Professora da disciplina de Anatomia e da pós-graduação em Implantodontia do Centro Universitário Positivo (UnicenP). Doutoranda em Ciências da Saúde (PUC/PR).

** Acadêmica do 2.º ano do Centro Universitário Positivo (UnicenP). Estagiária do Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Nossa Senhora do Rocio.

*** Professor de Farmacologia do Centro Universitário Positivo (UnicenP). Mestrando em Ciências da Saúde (PUC/PR).

**** Professores do curso de Especialização em Cirurgia Bucomaxilofacial da ABO – Ponta Grossa – PR.

Recebido em 17/8/06. Aceito em 24/9/06.

Palavras-chave:

edentulismo; fratura de mandíbula; osteossíntese.

Resumo

O aumento da população de idosos no Brasil trouxe um maior número de pacientes nessa faixa etária para o atendimento em diversas áreas da Odontologia. Os pacientes idosos estão expostos a vários tipos de agentes agressores, como quedas e acidentes que geram fraturas maxilofaciais, necessitando então do atendimento especializado do cirurgião bucomaxilofacial. Os idosos apresentam uma condição diferenciada, com alterações sistêmicas e utilização de vários fármacos, que precisam ser levados em conta no planejamento terapêutico de cada caso. O tratamento dos traumatismos faciais deve objetivar a rápida recuperação do paciente com a mínima morbidade. Os autores apresentam um caso de fratura bilateral de mandíbula em paciente geriátrico edêntulo, com atrofia severa, tratado com osteossíntese com placa e parafusos de titânio. A recuperação do paciente foi satisfatória, sem complicações pós-operatórias em 18 meses de controle.

Abstract

The increase of the elderly population in Brazil has brought a higher number of patients of this age level for dental treatment in several areas of dentistry.

Keywords:

edentulous; mandible fracture; osteosynthesis.

Elderly patients are exposed to many kinds of aggressor agents, such as falling down and accidents that cause maxillofacial fractures, which require the specialized assistance of a maxillofacial surgeon. The elderly present a differentiated condition involving systemic changes and use of several drugs that must be taken into consideration when planning the therapeutics of each case. The treatment of facial trauma must aim fast recovery along with minimal morbidity. The authors present a case of mandible bilateral fracture in edentulous elderly patient with severe atrophy, treated with titanium plate and screws osteosynthesis. The healing period was satisfactory, without postoperative complications in 18 months follow up.

Introdução

O aumento da expectativa de vida da população idosa e da participação nas atividades cotidianas nos últimos anos, em virtude de melhorias nas condições de vida e da ampliação do acesso aos avanços da medicina, teve como consequência uma maior exposição dos idosos a agentes agressores causadores de traumas, principalmente craniofaciais, como relataram Caubi *et al.* (2004) [4].

Torriani e Oliveira (2000) [11] destacam que os idosos têm os mesmos direitos e cuidados que qualquer outro paciente, sendo necessária uma atenção especial não só às condições geriátricas mais comuns, como cardiopatias, hipertensão, diabetes e deficiências na resposta imune e na capacidade cicatricial, mas também aos aspectos emocionais e afetivos, comumente negligenciados. Anorexia, perda de peso, alterações eletrolíticas, dor, imobilidade, distúrbios na marcha e distúrbios do sono são problemas clínicos desses pacientes, que devem ser detectados antes do início de qualquer tratamento.

Segundo Silveira e Kichler (2002) [10], o cirurgião bucomaxilofacial deve planejar o atendimento ao idoso, pois a idade do paciente implica a presença de modificações fisiológicas do processo de envelhecimento. Os dados do IBGE (2006) [3] revelam que o Brasil tem uma população de idosos (assim classificados quando apresentam 60 anos ou mais) com um contingente de quase 15 milhões de pessoas. E nos próximos 20 anos a população idosa no nosso país poderá ultrapassar os 30 milhões de pessoas, representando quase 13% da população total.

Andrade Filho *et al.* (2000) [1] apontam como principais fatores etiológicos das fraturas de mandíbula os acidentes automobilísticos, seguidos das quedas e agressões. As causas mais usuais das quedas são desequilíbrio e fraqueza muscular, desordem visual na marcha, tontura ou vertigem, patologias e uso crônico de medicações como antidepressivos, sedativos e hipnóticos.

A atrofia do osso mandibular provocada pelas perdas dentárias resulta num osso mais duro, quebradiço, e o processo de reparo é prejudicado pelo potencial osteogênico reduzido. Além disso, Silva *et al.* (2001) [9] informam que o potencial de cicatrização dos idosos é lento. Assim, com o tratamento cirúrgico a imobilização desses pacientes pode se estender por 10 semanas, apresentando como principais problemas o manejo respiratório e a dieta que lhes é imposta.

Relato de caso

A paciente M. P. S., 92 anos de idade, sexo feminino, procurou o serviço de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial para avaliação de hematoma de face após queda de nível. No exame clínico observaram-se assimetria do terço inferior da face, hematoma bilateral na região dos forames mentuais, dificuldade do uso da prótese total inferior e crepitação à palpação da mandíbula. Após radiografia lateral de mandíbula, ficou confirmada a fratura bilateral de corpo de mandíbula (fotos 1 e 2).



Foto 1 – Radiografia lateral oblíqua esquerda confirmando o diagnóstico da fratura de corpo mandibular

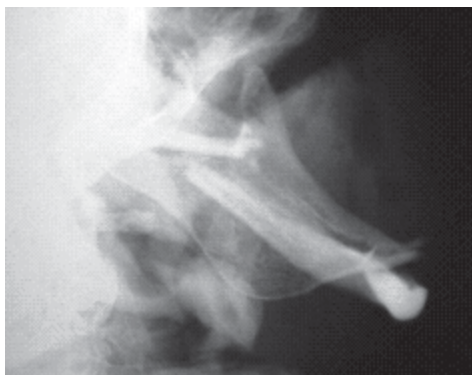


Foto 2 - Radiografia lateral oblíqua direita confirmando a presença de fratura bilateral

A paciente foi avaliada pela clínica médica, classificada como ASA I e liberada para o procedimento de redução cruenta da fratura sob anestesia geral. O acesso cirúrgico foi extra-oral por causa da severidade da atrofia mandibular (foto 3). A seguir realizaram-se redução da fratura (foto 4) e osteossíntese com placa e parafuso de titânio (sistema 2.0). Não foi utilizado bloqueio maxilomandibular, pois a estabilização da fratura foi satisfatória com a utilização da fixação interna rígida, e a paciente não utilizava prótese total inferior.



Foto 3 - Acesso extra-oral para localização da fratura

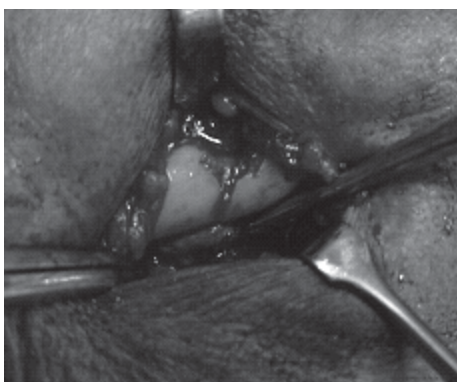


Foto 4 - Redução da fratura

O pós-operatório imediato evoluiu de forma aceitável, e na radiografia panorâmica observou-se a correta redução da fratura (foto 5).

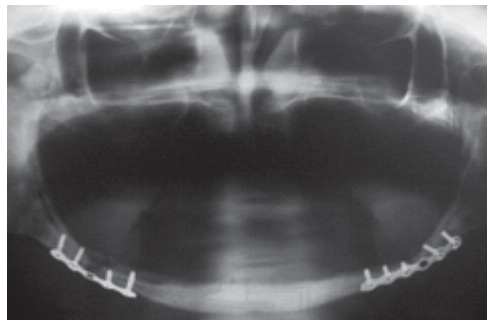


Foto 5 - Radiografia panorâmica pós-operatória

As devidas orientações sobre dieta pastosa foram prescritas, e após o período de 30 dias a paciente foi liberada para mastigação de alimentos mais consistentes. No pós-operatório de 18 meses a paciente foi reavaliada, sendo observadas neoformação óssea no local da fratura (foto 6) e ótima função na movimentação da mandíbula, com abertura bucal de 40 mm (foto 7).

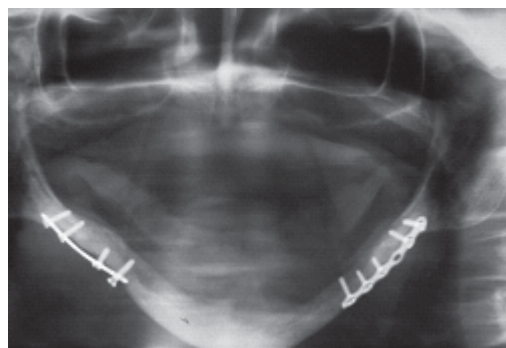


Foto 6 - Neoformação óssea no local da fratura

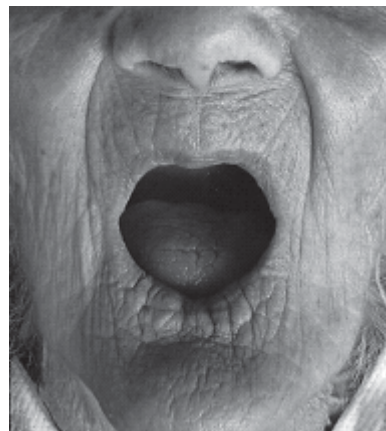


Foto 7 - Abertura bucal 18 meses após a cirurgia

Discussão

O envelhecimento não pressupõe doença nem apresenta contra-indicação para procedimentos cirúrgicos. Apenas existem condições especiais que devem ser consideradas. Sendo assim, o cirurgião bucomaxilofacial deve entender o paciente como um todo, priorizando não só seu aspecto físico, mas também o psicológico. No atendimento inicial do paciente, todas as informações sobre seu estado geral de saúde devem ser investigadas, inclusive sobre quais fármacos o paciente está ingerindo, para que o correto tratamento seja então estabelecido, conduta essa já proposta por Torriani e Oliveira (2000) [11] e Silveira e Kichler (2002) [10].

Segundo o estudo de Matias *et al.* (2004) [8], pelo fato de a atrofia tornar a mandíbula mais quebradiça e seu potencial osteogênico apresentar-se reduzido, quanto mais atrofico é esse osso maior deverá ser a placa de titânio, no caso de perda de fragmento, e a associação a enxerto ósseo resultará na menor probabilidade de complicações pós-operatórias e numa boa consolidação da fratura para a rápida readaptação às próteses dentárias. No caso relatado neste artigo, não havia perda óssea, sendo a fratura estabilizada com placa e parafusos de titânio de 2,0 mm.

Andrade Filho *et al.* (2000) [1] indicaram as quedas como fator etiológico comum em fraturas de mandíbulas, que é o caso aqui apresentado. A principal complicação relatada por esses autores para as fraturas de mandíbula foi a infecção no local das miniplacas, concordando com Chaushu (2000) [5], que afirma ainda a necessidade da remoção das placas em tais casos, pois quando um material estranho é introduzido no corpo humano a possibilidade de infecção é alta e o controle desta é crítico. Na fratura bilateral, em que realizamos o tratamento cruento para redução da fratura com a utilização de placas e parafusos de titânio, não foi verificado nenhum tipo de infecção no local, e a paciente tolerou o tratamento sem queixa de desconforto ou sensibilidade no local do material da osteossíntese.

Com relação ao material da osteossíntese, Hobar (1992) [7] preconiza a de fixação rígida reabsorvível como melhor técnica a ser empregada, já que evita a possibilidade de uma segunda intervenção cirúrgica para remoção de placas sintomáticas.

No entanto, de acordo com Bolourian *et al.* (2002) [2], os materiais de titânio de 2,0 mm são devidamente indicados para pacientes em que será utilizado o acesso intra-oral e que tolerem duas semanas de MMF. Discordando dos autores, utilizamos o sistema 2.0 para a fixação da fratura e não fizemos uso do bloqueio maxilomandibular no pós-operatório, já que foi obtida pela estabilização

dos fragmentos, e a paciente não utilizava prótese total inferior e foi orientada sobre a necessidade de alimentação pastosa. Essa conduta está de acordo com os relatos de Gomes *et al.* (2001) [6] e Vasconcelos *et al.* (2001) [12], os quais afirmam que as placas de titânio são biocompatíveis e apresentam excelentes propriedades físicas e mecânicas, promovendo uma melhor estabilidade das fraturas, e ainda elegem a técnica cirúrgica de redução como melhor forma de tratamento, pois oferece maior conforto pós-operatório pela ausência do bloqueio maxilomandibular.

Conclusão

A avaliação do paciente idoso no atendimento ao trauma facial é de responsabilidade do cirurgião bucomaxilofacial, que deve ter conhecimento das alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento, bem como atenção para as patologias mais frequentes dessa faixa etária. Depois de uma avaliação minuciosa, as fraturas devem ser prontamente tratadas com fixação interna rígida, que, após a correta estabilização dos fragmentos, promove maior conforto pós-operatório pela não utilização do bloqueio maxilomandibular, restituindo-se rapidamente a movimentação da mandíbula, fato esse comprovado neste estudo pelo retorno à abertura bucal anterior no pós-operatório.

Referências

1. Andrade Filho E F, Fadul Jr. R, Azevedo A, Rocha M A D, Santos R A, Toledo S R *et al.* Fraturas de mandíbula: Análise de 166 casos. *Rev Ass Méd Brasil* 2000; 46 (3): 272-6.
2. Bolourian R, Lazow S, Berger J. Transoral 2.0-mm miniplate fixation of mandibular fractures plus 2 weeks's maxillomandibular fixation: A prospective study. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60: 167-70.
3. BRASIL [on-line] 2006. IGBE. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>.
4. Caubi A F, Nogueira R V B, Fernandes T C A, Barbosa G G, Silva M C L. Fratura de mandíbula em paciente geriátrico: Relato de caso clínico. *Rev Cir Traumat Bucomaxilofacial* 2004; 4 (2): 115-20.
5. Chaushu G. Risk factors contributing to symptomatic plate removal in maxillofacial trauma patients. *Plast Reconstr Surg* 2000; 105: 521-5.

6. Gomes A C A, Silva E D O, Carvalho R, Gomes D O, Feitosa D S, Maia S M H. Tratamento de fraturas mandibulares: Relato de caso clínico. *Rev Cir Traumat Bucomaxilofacial* 2001; 1 (2): 31-8.
7. Hobar P C. Methods of rigid fixation. *Clinics Plastic Surg* 1992; 19 (1): 31-9.
8. Matias J G, Andrade M R, Fernandes V S R G. Fractura em mandíbula edentúlea. *Acta Médica Portuguesa* 2004; 17: 145-8.
9. Silva E D O, Gomes A C A, Gomes D O, Vianna K, Melo P. Trauma no idoso. *Rev Cir Traumat Bucomaxilofacial* 2001; 1 (2): 7-12.
10. Silveira J O L, Kichler A. Trauma bucomaxilofacial em pacientes idosos. *Rev Odonto Ciência* 2002; 17 (36): 158-63.
11. Torriani M A, Oliveira M G. O cirurgião dentista, sua formação e sua prática no atendimento ao idoso portador de traumatismo bucomaxilofacial. *Rev Odonto Ciência* 2000; 31: 215-47.
12. Vasconcellos R J H, Oliveira D M, Santos K P C, Calado M. Métodos de tratamento das fraturas mandibulares. *Rev Cir Traumat Bucomaxilofacial* 2001; 1 (2): 21-7.



ODONTO GRAF
Especializada em Impressos na Área Odontológica
12 Anos com nova imagem corporativa



**Impressos direcionados
às áreas Odontológica,
Médica e Radiológica**

Receituários • Atestados, Declarações • Notificações • Folhas Carta
Cartões Horário • Cartões de Visita • Recibos • Bls. de Orçamento
Fichas Clínicas • Agendas • Livretos • Pastas • Caixas • Envelopes (fabr. Própria)

**Procure na dental de sua preferência
nossos produtos padronizados:**
Fichas, Bls. Orçamento, CH3,
Porta RX 1 a 14 mód. (Adulto e Infantil)
Papel, Plástico e PVC

Consultoria Técnica
Sucimir Weng **Suzet Weng**
(41) 9618-0889 (41) 9132-6058

**Solicite uma visita
demonstrativa!**

Linha Plástica: Pastas p/ Documentação Ortodôntica • Caixas com 2, 4 e 6 div.
Linha Radiológica: Envelope Tele • Panorâmica • Porta RX 1 à 18 mód. Plástico
Folhas de Laudo • Papel Vegetal • Sacolas • Envelopes



Cartões e Postais Fotográficos
Qualidade Superior - Super Coloridas
Papel Couché 300 gramas
Plastificação Brilhante ou Laminação Fosca

Impressos Exclusivos 



**Planejamento • Inovação
Criatividade • Qualidade**

Nossa Equipe à sua disposição



Papel • Plástico • Embalagens

 **Soluções Criativas para Seus Impressos!**
Fones/Fax: (41) 245-9737 / 245-9583
odontograf@weng.com.br • www.weng.com.br

Rua Alberto Torres, 270 - CEP 81330-330 - Fazendinha - Curitiba - PR - Brasil
Fones/Fax: (41) 245-9737 / 245-9583 - e-mail: wenggrafica@uol.com.br