

Corpo Estranho na Intimidade dos Ossos da face: Relato de Caso

Foreign body in close contact with the facial bones: a case report

Weber Céio Cavalcante* | Universidade Federal da Bahia – UFBA. Preceptor do Programa de Residência e Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da UFBA.
Helissandro Andrade Coelho* | Graduando do Curso de Odontologia – UFSC. Preceptor do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Santo Antônio – Obras Sociais Irmã Dulce. Salvador-BA
Antônio Irineu Trindade Neto* | Aluno do Programa de Residência e Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da UFBA
Luciano Cincurá Silva Santos* | Aluno do Programa de Residência e Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da UFBA
Márcio Cardoso Carvalho* | Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Universidade Federal da Bahia – UFBA.

Resumo

Ferimentos penetrantes e impactados na região maxilofacial são raros e pouco relatados na literatura. São definidos como lesões que ocorrem como resultado de um objeto, tal como uma faca, projétil ou estilhaços, os quais violam barreiras cutâneas ou mucosas e entram no corpo, podendo causar até a morte do indivíduo. Esses corpos estranhos podem estar inativos e permanecer nos tecidos por anos, sem causar danos a estruturas adjacentes. Entretanto, também podem produzir reações inflamatórias crônicas, tornando-se uma fonte de infecção. Geralmente apresentam um desafio diagnóstico para os cirurgiões e sua forma de tratamento deve ser multidisciplinar, começando com a unidade de trauma para prover manutenção de vias aéreas, estabilização hemodinâmica e, se necessárias, as avaliações neurológica, oftalmológica e vascular. O presente trabalho descreve um caso de traumatismo facial penetrante incomum, causado por faca. O corpo estranho encontrava-se em íntimo contato com o globo ocular direito, transfixando o assoalho orbital, seio maxilar, rinofaringe e apresentando proximidade com a primeira vértebra cervical, artéria carótida e veia jugular esquerda.

Unitermos: Corpos Estranhos, Ferimentos Penetrantes, Traumatismos Faciais.

Abstract

Penetrating and impacted injuries in the maxillofacial region are rare and scarcely reported in the literature. They are defined as injuries that occur as a result of an object, such as a knife, a bullet, or pieces of shrapnel violating the skin or mucous membrane barriers and entering the body, being able even to cause death. Such foreign bodies may be inactive and remain in the tissues for years without causing damage to the adjacent structures. However, they can produce chronic inflammatory reactions and be a source of infection. Generally, they represent a diagnostic challenge to surgeons and their form of treatment should be multidisciplinary, beginning in the trauma unit to provide airway maintenance, hemodynamic stabilization and, if necessary, neurological, ophthalmological and vascular evaluation. The present paper sets out to describe an uncommon case of penetrating facial trauma, caused by a knife. The foreign body was in close contact with the right eyeball, piercing the orbital floor, the jaw sinus and rhinopharynx, presenting proximity to the first cervical vertebra, carotid artery and left jugular vein.

Keywords: Foreign bodies; penetrating wounds; facial Injuries.

* Hospital Santo Antônio/Obras Sociais Irmã Dulce – HSA/OSID, Salvador/Brasil.

Introdução

Ferimentos penetrantes e impactados na região maxilofacial são raros e pouco relatados na literatura.

São definidos como lesões que ocorrem como resultado de um objeto, tal como uma faca, projétil ou estilhaços, os quais violam barreiras cutâneas ou mucosas e entram no corpo¹. Podem causar risco de morte para o paciente, especialmente nos casos em que vasos sanguíneos calibrosos estão envolvidos, e a hemorragia resultante obstrui as vias aéreas, resultando em consequências devastadoras²⁻⁴.

Em períodos de guerra, são ocorrências comuns, porém infrequentes na vida civil. Acometem especialmente pacientes jovens, 19 a 30 anos de idade, do sexo masculino, pela maior exposição a fatores desencadeantes. São geralmente causados por objetos metálicos de alta intensidade, resultando em destruição maciça dos tecidos crânio-faciais⁵⁻⁶.

A maior parte dos ferimentos penetrantes da cabeça que ocorrem na vida civil é ocasionada por corpos estranhos de baixa velocidade, geralmente resultantes de traumatismo por arma branca ou acidentes^{5,6,7}. Entretanto, a lista de outros objetos inclui gravetos de madeira afiados, chave de fendas, pregos, varas de ferro, lanças, picador de gelo, cabo de guarda-chuva, arpões e anzóis de pesca, chaves, brocas, agulhas, garfos, fragmentos metálicos, brinquedos e lápis^{6,8}.

Esses corpos estranhos podem estar inativos e permanecer nos tecidos por anos, sem causar danos a estruturas adjacentes. Entretanto, também podem produzir reações inflamatórias crônicas e tornar-se uma fonte de infecção⁹.

Corpos estranhos penetrantes sempre apresentam um desafio diagnóstico para os cirurgiões. Cerca de um terço de todos os corpos estranhos não são inicialmente identificados⁷. Embora alguns corpos estranhos possam ser deixados *in situ* por boas razões clínicas, a maioria é removida prioritariamente devido ao início de complicações, notavelmente infecções⁹.

Tomografia computadorizada e ressonância mag-

nética são excelentes exames para delinear a trajetória e posição do objeto penetrante bem como detectar a presença de fragmentos ósseos intracranianos, hemorragias e para avaliar algum dano ao sistema nervoso central^{4,6,10}.

A forma de tratamento deve ser multidisciplinar, começando com a unidade de trauma para prover manutenção de vias aéreas, estabilização hemodinâmica e, se necessárias, as avaliações neurológica, oftalmológica e vascular^{2,5}.

O presente trabalho descreve um caso de traumatismo facial penetrante incomum, causado por faca. O corpo estranho encontrava-se em íntimo contato com o globo ocular direito, transfixando o assoalho orbital, seio maxilar, rinofaringe, apresentando proximidade com a primeira vértebra cervical, artéria carótida e veia jugular esquerda.

Relato de caso

Paciente D.S.V., sexo masculino, pardo, 23 anos de idade compareceu ao ambulatório de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Santo Antônio – Obras Sociais Irmã Dulce, com histórico de agressão física há aproximadamente 45 dias, perda de consciência e ferimentos corto-contusos em pálpebra superior e região infraorbital direita, suturados em ambiente hospitalar. Afirmou que após 30 dias do trauma, devido à hiperemia ocular, realizou exame radiográfico convencional e foi descoberto corpo estranho na intimidade dos ossos da face, o qual certamente foi o objeto da agressão física, apesar de não ter sido diagnosticado no primeiro atendimento. Queixava-se neste momento de cefaleia, dificuldade de movimentação do pescoço e sintomatologia dolorosa em região orbital direita.

Ao exame físico maxilofacial, observou-se hiperemia conjuntival em olho direito, epífora, limitação da movimentação extrínseca ocular, diminuição da acuidade visual, anisocoria, midríase em olho direito, fotofobia, narinas pérvias, ferimentos cicatrizados em região de pálpebra superior e em região infraorbital direita (figura 1).



Figura 1 - Visão frontal do paciente 45 dias após o trauma.

O estudo imaginológico por radiografia convencional e tomografia computadorizada evidenciou corpo estranho (lâmina de faca) em íntimo contato com a parede ínfero-medial do globo ocular direito, transfixando a parede inferior da órbita direita e a parede posterior do seio maxilar ipsilateral cuja extremidade distal atravessava a parede pósterolateral esquerda da rinofaringe, apresentando proximidade com a parede anterior da primeira vértebra cervical. A extremidade distal encontrava-se próxima aos vasos cervicais da artéria carótida e veia jugular esquerda (figuras 2 e 3).



Figura 2 - TC (cortes coronal, axial e sagital) evidenciando corpo estranho - lâmina de faca - em íntimo contato com o globo ocular direito, transfixando o assoalho orbital, seio maxilar, rinofaringe e apresentando proximidade com a primeira vértebra cervical.



Figura 3 - Tomografia computadorizada - reconstrução 3D.

A faca dentro da fossa nasal se comportava como a seguir: emergia da porção posterior do meato médio direito no espaço retrobulbar, passava anteriormente e bastante próxima da emergência da artéria esfenopalatina direita; tocava superiormente a cauda do corneto médio direito e se dirigia obliquamente para a rinofaringe; tocava também o bordo cranial do septo nasal e ocluía a fossa nasal direita. Dentro da fossa nasal esquerda, a faca só era visualizada na rinofaringe com sua extremidade tocando a parede pósterolateral em região justa-tubária esquerda, chegando a empurrar a orla do óstio tubário.

Sob anestesia geral, foi realizada a endoscopia nasal com óptica rígida de 4 mm e 0 grau munida de sistema de vídeo para ampliação da imagem e documentação. Foram colocados cotonoides embebidos em solução de adrenalina 1:2000, em ambas as fossas nasais, principalmente meato médio direito e rinofaringe à esquerda. Esse exame teve como objetivo estabelecer as relações do corpo estranho com as estruturas nasais (figura 4). Inicialmente a previsão era de ligar a artéria esfenopalatina antes da remoção da faca, todavia, esta passava anterior ao forame esfenopalatino e impedia a dissecação da artéria. Foi decidido então que se faria o controle do sangramento após a remoção do corpo estranho, por meio da endoscopia nasal, inclusive com a ligadura da artéria esfenopalatina, se necessário.



Figura 4 - Endoscopia nasal com óptica rígida de 4mm e 0 grau munida de sistema de vídeo.

O acesso cirúrgico utilizado foi o subciliar direito através de divulsão por planos e exposição do assoalho orbital, com visualização da extremidade superior da lâmina metálica (figura 5). Com o auxílio de um porta-agulha, removeu-se a lâmina no sentido do seu longo eixo, de maneira firme e com velocidade constante (figura 6). Após a remoção da faca, não houve qualquer sangramento anormal ou intercorrências, sendo realizada apenas a colocação de Gelfoam® nas áreas cruentas do meato médio direito e rinofaringe, sem necessidade de tamponamento nasal ou de ligadura da artéria esfenopalatina. Foram realizadas suturas por planos em região de acesso subciliar.

O paciente cursou o período pós-operatório sem intercorrências ou complicações. Após trinta dias, observou-se melhora da acuidade visual e da movimentação extrínseca ocular, porém se manteve a anisocoria (figura 7). Referiu remissão do quadro de cefaleia, fotofobia e epífora. Afirmou resolução do quadro de dor e de limitação da movimentação cervical. Há seis meses, encontra-se em acompanhamento pós-operatório com os serviços de cirurgia bucomaxilofacial e oftalmologia.



Figura 5 - Visualização da extremidade superior da lâmina metálica através do acesso cirúrgico subciliar (seta)



Figura 6 - Lâmina metálica (faca) removida da face, com aproximadamente 10,5 cm de comprimento.



Figura 7 - Visão frontal do paciente no 60º dia do pós-operatório.

Discussão

Os traumas por arma branca no Brasil ocorrem geralmente em indivíduos de menor nível sociocultural e estão associados ao uso de bebidas alcoólicas, agressão violenta e a assaltos⁵. São pacientes principalmente do gênero masculino, 15 a 35 anos de idade, usuários de drogas e de baixo nível sócio-econômico. Os incidentes geralmente ocorreram na sexta-feira ou sábado à noite, no período das 21 às 2h². A história social do paciente apresentado neste trabalho está em concordância com os resultados do estudo supracitado.

Trauma facial penetrante pode ser perigoso e, muitas vezes, fatal. Lesões graves podem ocorrer em estruturas profundas do crânio e órbita, embora o ferimento de entrada na pele possa ser pequeno. Quando a lesão não está associada a sinais clínicos evidentes, o corpo estranho pode permanecer sem diagnóstico^{10,11}. No presente caso, o corpo estranho não foi identificado no exame inicial após o

trauma, em que se observaram apenas ferimentos superficiais e corto-contusos em região periorbitária.

Não obstante, as radiografias convencionais e a tomografia computadorizada sejam suficientes para localizar o corpo estranho, algumas vezes a ultrassonografia, arteriografia e endoscopia podem ser necessárias^{4,6,10,11}. Nesse caso, além dos exames radiográficos e tomográficos, utilizou-se endoscopia nasal com a finalidade de estabelecer as relações do corpo estranho com as estruturas nasais, principalmente vasculares.

Se o paciente encontra-se assintomático, o corpo estranho pode ser deixado no local. Porém, indicações para remoção incluem localização superficial, largo tamanho, restrições funcionais agudas ou crônicas, interferência com função ocular, infecção, inflamação persistente e comunicação com cavidade intracraniana e/ou seios paranasais¹¹⁻¹³.

O tratamento dos ferimentos penetrantes é um desafio por causa do difícil acesso e possível comprometimento de estruturas nobres. Muitas estruturas anatômicas podem ser atingidas, causando lesões oftalmológicas, neurológicas, hemorragias e obstrução de vias aéreas, o que pode tornar-se uma ameaça à vida^{3,4,6,14}.

O mais fácil e simples trajeto para remoção do corpo estranho é seguir a área criada pelo objeto e pela via de entrada, muito embora, às vezes, não seja possível, e uma ampla exposição seja necessária^{10,12}.

Decisões sobre o momento e complexidade de cirurgias de emergência são definidas pela condição individual do paciente, e o tratamento, muitas vezes, deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar^{2,6,8,15,16}. A remoção da lâmina metálica foi realizada por uma equipe multiprofissional, composta por cirurgiões maxilofaciais e otorrinolaringologistas, além de contar com profissionais da cirurgia vascular, caso fosse necessário ligadura de vasos cervicais, devido à possibilidade de hemorragia profusa após a remoção da lâmina, o que não ocorreu.

Considerações finais

É importante salientar que o exame clínico inicial adequado, associado a exames complementares por imagem são fundamentais para a identificação e localização precisa de corpos estranhos, haja vista a possibilidade de ferimentos penetrantes sem sinais clínicos evidentes permanecerem sem diagnóstico.

O tratamento dos ferimentos faciais penetrantes, muitas vezes, deve ser realizado por uma equipe multiprofissional, e decisões sobre o momento e a complexidade de cirurgias de emergência são estabelecidas pela condição individual do paciente.

Referências

1. Ueek BA. Penetrating injuries to the face: delayed versus primary treatment – considerations for delayed treatment. *J Oral Maxillofac Surg* 2007;65: 1209-14.
2. Shinobara EH, Heringer L, Carvalho Júnior JP. Impacted knife injuries in the maxillofacial region: report of 2 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2001;59: 1221-3.
3. Motamedi MHK. Primary treatment a of penetrating injuries to the face. *J Oral Maxillofac Surg* 2007; 65: 1215-8.
4. Bourguignon Filho AM, Puppim AAC, Pimentel PMJ, Borges HOI, Silveira RL, Beltrão GC. Unusual penetrating orbit injury. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2006;35: 92-3.
5. Almeida FS, Pialarissi PR, Camanducaia JA, Reis JM, Neves NJA, Silva A. Traumatismo craniofacial por arma branca. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2007;73 (4): 575.
6. Orbay AS, Uysal OA, Iyigun O, Erkan D, Guidogus, F. Unusual penetrating faciocranial injury caused by a knife: a case report. *J Craniomaxillofac Surg* 1997;25: 279-81.
7. Krimel M, Cornelius CP, Stojadinovic S, Hoffmann J, Reinert S. Wooden foreign bodies in facial injury: a radiological pitfall. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2001;30: 445-7.

8. Seex K, Koppel D, Fitzpatrick M, Pyott A. Trans-orbital penetrating head injury with a door key. *J Craniomaxillofac Surg* 1997;25: 353-55.
9. Ryu CH, Jang YJ, Kim J S, Song HM. Removal of a metallic foreign body embeded in the external nose via open rhinoplasty approach. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2008; 37:1148-52.
10. Erisen L, Basut O, Coskun HL, Hizalan I. An unusual penetrating facial injury due to a fishing-line sinker. *J Oral Maxillofac Surg* 2001;59: 945-7.
11. Ebner Y, Golani D, Ophir D, Finkelstein Y. Penetrating injury of the maxilla by needlefish jaws. *J Craniomaxillofac Surg* 2009; 1-4.
12. Feichtinger M, Zemmann WH, Karcher. Removal of a pellet from the left orbital cavity by image-guided endoscopic navigation. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2007;36: 358-61.
13. Espaillat A, Enzer Y, Stephen L. Intraorbital metallic foreign body. *Arch Ophthalmol* 1998;116:24.
14. Shuker ST. Management of transcranial orbital penetrating shrapnel/bullet war injuries. *J Oral Maxillofac Surg* 2008;66: 1927-31.
15. Cameron M, Phillips B. Snookered! Facial infection secondary to occult foreign body. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2006;35: 373-5.
16. Azevedo R, Carneiro Jr B, Gonzalez A. Traumatismo facial por agressão por arma branca – relato de um caso clínico. *Rev Odonto Ciência – Fac Odonto/PUCRS* 2003; 39(18): 13-8.

Endereço para correspondência

Profº Me. Weber Céio Cavalcante

Rua Eduardo José dos Santos, n. 147, Cis Profº Fernando Filgueiras, Garibaldi.

Salvador – Bahia - Brasil

CEP: 41940455

E-mail: weberceo@ig.com.br