

Relato de Caso

Manejo Cirúrgico de Laceração Extensa em Face: Relato de Caso

Emanoel Italo de Almeida Silva ^{1*}, Nayara Kelly Silva de Oliveira Cavalcante ¹, Rildenson Moura Pereira ¹, Iago Barbosa Vidal ¹, Josfran da Silva Ferreira Filho ², Ricardo Franklin Gondim ¹, José Maria Sampaio Menezes Junior ¹, Manoel de Jesus Rodrigues Mello ³, Abrahão Cavalcante Gomes de Souza Carvalho ¹

¹ Instituto Dr. José Frota – IJF, Fortaleza, Ceará, Brazil.

² Faculdade Paulo Picanço, Fortaleza, Ceará, Brazil.

³ Associação Brasileira de Odontologia - ABO, Fortaleza, Ceará, Brazil.

* Correspondência: italooodnt@gmail.com.

Resumo: Ferimentos teciduais constituem consequências frequentes no atendimento a pacientes politraumatizados, sendo acidentes de trânsito, quedas, agressões físicas e mordidas de animais os principais fatores etiológicos. O presente estudo visa relatar o manejo cirúrgico de uma laceração extensa na região facial. Um homem de 42 anos foi admitido em um hospital de referência em urgência e emergência no Estado do Ceará, com histórico de acidente motociclístico. No exame inicial, o paciente apresentava-se inconsciente, sob ventilação mecânica por via aérea definitiva, com múltiplas lacerações faciais, incluindo o terço médio da face, borda lateral, dorso lingual e lábio inferior. Indicou-se abordar cirurgicamente de urgência para sutura das lacerações em centro cirúrgico. Iniciou-se com irrigação, desbridamento e controle hemostático das lesões. Posteriormente, foi realizado as suturas nas regiões de dorso e borda lateral da língua, seguida pela sutura do lábio inferior e das lacerações no terço médio da face, esta última realizada por planos, iniciando-se pela sutura intraoral, seguida pela extraoral. Posicionou-se um dreno de Penrose no lado direito devido ao acometimento da glândula parótida na laceração. O paciente permanece em acompanhamento ambulatorial há 9 meses, apresentando cicatrização satisfatória e sem queixas algícas ou funcionais. Assim, a compreensão anatômica da face e das lesões deve ser abordada de forma metódica para assegurar a função e a estética do paciente.

Palavras-chave: Acidentes de Trânsito; Traumatismos Maxilofaciais; Lesões dos Tecidos Moles.

Citação: Silva EMA, Cavalcante NKSO, Pereira RM, Vidal IB, Ferreira Filho JSF, Gondim RF, Menezes Junior KMS, Mello MJR, Carvalho ACGS. Manejo Cirúrgico de Laceração Extensa em Face: Relato de Caso. Brazilian Journal of Case Reports. 2025 Jan-Dec;05 (1):bjcr56.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2025.5.1.bjcr56>

Recebido: 26 Outubro 2024

Aceito: 25 Novembro 2024

Publicado: 15 Novembro 2024



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

O trauma configura-se como a principal causa de morbimortalidade em âmbito global, apresentando etiologia multifatorial, que inclui agressões físicas, acidentes industriais, lesões desportivas, ferimentos por projéteis de arma de fogo e acidentes de trânsito, sendo este último o fator etiológico mais prevalente [1-2]. Esse índice está diretamente associado ao uso de veículos motorizados de duas rodas, que, devido ao advento da era mecanicista e ao fácil acesso a esses meios de transporte, tornaram-se mais presentes nos centros urbanos. Homens jovens, com idades entre 15 e 40 anos, constituem o grupo predominante em ocorrências de acidentes envolvendo traumas complexos [3-5].

As lesões ocasionadas possuem um impacto significativo em relação a saúde pública do País. Dentre as inúmeras lesões ocasionadas, o traumatismo na área maxilo facial continua sendo um dos mais proeminentes. Isto se dá principalmente pela exposição acentuada e o déficit de proteção na região facial [3-4]. Os capacetes são responsáveis pela prevenção de aproximadamente 40% das lesões fatais e cerca de 13% das lesões graves não fatais. Contudo, um terço dos motociclistas ainda não fazem uso desse equipamento. Este

dispositivo tem sido objeto de extensa análise em diversos estudos, destacando, principalmente, sua eficácia na redução danos ocasionados quando comparado aos motociclistas que não o utilizam [3, 7-8].

Uma investigação científica destacou que a faixa etária mais suscetível a tais injúrias compreende indivíduos entre 21 e 30 anos, com as abrasões predominando como a manifestação mais recorrente, seguidas por lacerações e contusões. Além disso, lesões envolvendo os terços médio e inferior da face apresentam maior prevalência em pacientes que não utilizam capacetes ou fazem uso de capacetes abertos. Por outro lado, lesões no terço médio da face revelam-se mais frequentes em indivíduos que empregam capacetes do tipo integral [3]. O manejo dessas lesões depende da apresentação clínica e da complexidade envolvida, sendo o tratamento individualizado conforme a extensão, profundidade, grau de contaminação, fatores etiológicos e o tempo decorrido desde o trauma. Caso não sejam abordadas de forma apropriada, tais lesões podem ocasionar consequências estéticas, funcionais e psicológicas significativas [4, 8-9].

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo relatar um caso clínico envolvendo o manejo cirúrgico de uma laceração extensa na região facial sob anestesia geral, bem como seu acompanhamento pós-operatório.

2. Relato de Caso

Um paciente do sexo masculino, de 42 anos, foi admitido em um hospital de referência em urgência e emergência no Ceará, com histórico de acidente motociclístico. No atendimento emergencial, apresentava nível de consciência equivalente a três na escala de coma de Glasgow, encontrando-se intubado por via orotraqueal e em ventilação mecânica assistida. O exame físico revelou múltiplas lacerações faciais extensas, comprometendo o terço médio da face, o lábio inferior, a borda lateral e o dorso lingual. Apesar da severidade das lesões teciduais, não foram detectadas fraturas faciais em avaliações clínicas e de imagem. Quanto às comorbidades sistêmicas, o paciente era hipertenso.

Figura 1. A. Registro da lesão previamente ao desbridamento cirúrgico. B. Registro da lesão após aposição de campos, desbridamento e hemostasia das feridas.



Diante do quadro apresentado, decidiu-se pela intervenção de urgência em centro cirúrgico para realização de síntese tecidual. As etapas cirúrgicas iniciaram-se com antisepsia rigorosa das áreas intra/extraorais, seguida da aposição dos campos operatórios estéreis, irrigação abundante com solução salina 0,9%, desbridamento das áreas necróticas e controle metucioso da hemostasia.

A reconstrução dos tecidos moles teve início na região do dorso e da borda lateral da língua, utilizando fio reabsorvível Vicryl 5.0. Em sequência, procedeu-se com o desbridamento e a reconstrução do lábio inferior com fio de nylon 5.0. Devido à comunicação das lacerações no terço médio com a cavidade oral, as suturas das lesões na mucosa jugal, de forma bilateral, foram realizadas por acesso direto, permitindo a observação do limite entre a mucosa e a pele. Para as lacerações intraorais, utilizou-se fio reabsorvível Vicryl 4.0 para a síntese tecidual.

Durante a reconstrução das lacerações extraorais, foram visualizadas as camadas teciduais, desde a mucosa oral até a camada mais superficial da pele. Em ambos os lados, a glândula parótida foi comprometida devido à extensão da laceração; contudo, no lado direito, observou-se um envolvimento mais significativo da glândula salivar, o que exigiu a colocação de um dreno de Penrose. As suturas cutâneas foram realizadas utilizando fio de nylon 5.0, com a técnica de suturas interrompidas simples (Figura 2).

Figura 2. A. Sutura em língua com fio de sutura reabsorvível. B. Pós-operatório imediato das suturas em face.



Em relação à medicação, foi prescrita a administração intravenosa de Unasyn (Ampicilina 2g + Sulbactam 1g) a cada 6 horas por sete dias, Clindamicina 600mg a cada oito horas intravenosa durante sete dias, sendo combinadas com o principal objetivo de evitar a contaminação e posteriormente a infecção das feridas operatórias, levando em consideração a predisposição devido a etiologia do trauma, Dexametasona 4mg a cada doze horas, Cetoprofeno 100mg a cada doze horas e Dipirona 1g a cada seis horas por três dias subsequentes à intervenção.

A dieta do paciente foi administrada via sonda nasoenteral durante os sete dias de internação, e o paciente passou por sessões de laserterapia de baixa potência para auxiliar

na cicatrização, controle da dor e redução do edema. No sexto dia pós-operatório, o paciente apresentou evolução satisfatória, com suturas em posição sem sinais de infecção ou deiscência nas regiões do terço médio e da língua. Contudo, na comissura labial, observou-se deiscência com secreção ativa. Nesse momento, foi realizada terapia fotodinâmica com laser de baixa potência, associada à remoção do dreno na região de parótida direita.

No sétimo dia pós-operatório (Figura 3), o paciente recebeu alta hospitalar com prescrição de medicações para controle da dor e clorexidina 0,12%. O paciente estava em fase de transição da dieta nasoenteral para dieta oral, apresentando regressão do edema facial e com as suturas em posição estável.

Figura 3. Pós-operatório de 7 dias, apresentando um aspecto cicatricial satisfatório e sem sinais flogísticos.



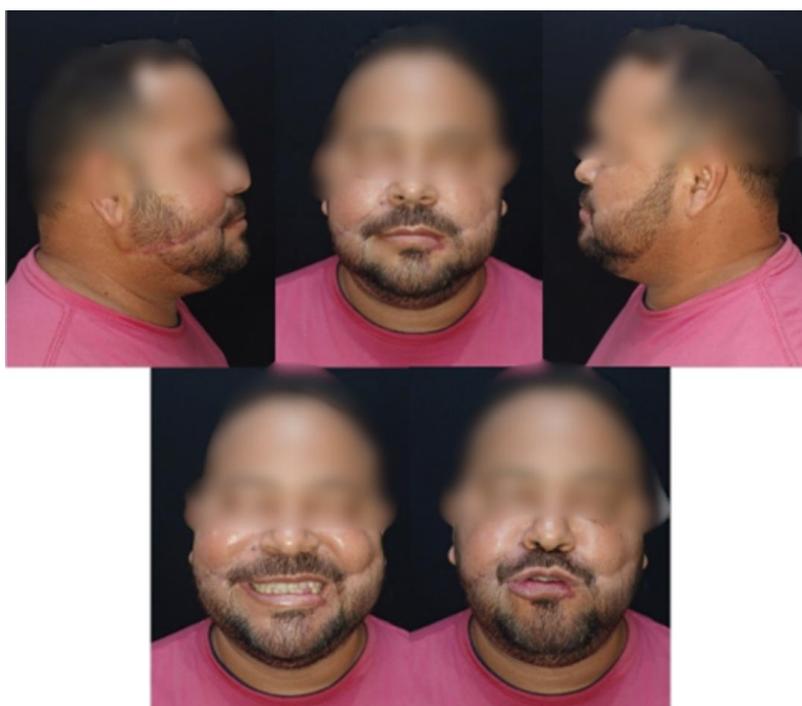
No trigésimo dia pós-operatório, o paciente compareceu ao retorno ambulatorial para acompanhamento da cicatrização das feridas após a remoção das suturas faciais (Figura 4). O paciente apresentava sinais positivos de cicatrização, sem indícios de infecção ou deiscência. Ao realizar movimentos envolvendo os músculos da expressão facial, observou-se uma diminuição da tonicidade muscular, bem como uma limitação nas expressões faciais.

Após nove meses pós-operatórios (Figura 5), o paciente compareceu ao ambulatório apresentando as cicatrizes faciais ainda visíveis, mas com integridade preservada dos músculos responsáveis pela expressão facial, bem como a funcionalidade das estruturas nobres envolvidas no trauma, sem sinais de sialocele. Em relação às alterações neurossensoriais, o paciente relatou parestesia na região malar direita, sem desconforto associado, confirmando a ausência de queixas estéticas, funcionais ou sociais.

Figura 4. Pós-operatório de 30 dias dentro dos padrões de normalidade bem como a movimentação da musculatura da mímica facial ao realizar a contração da musculatura perilabial e ao sorrir.



Figura 5. Pós-operatório de 9 meses evidenciando o aspecto final do paciente, bem como a funcionalidade da musculatura da mímica facial.



3. Discussão

A etiologia do trauma maxilofacial é multifatorial, abrangendo acidentes de trânsito, quedas, agressões físicas, acidentes industriais, lesões esportivas e ferimentos por arma de fogo. A alta incidência de acidentes de trânsito em países em desenvolvimento é atribuída a múltiplos fatores, incluindo segurança insuficiente nas rodovias, infraestrutura precária das estradas, transgressão dos limites de velocidade, utilização de veículos antigos sem dispositivos de segurança, falta de equipamentos de proteção individual, desrespeito às leis de trânsito e baixa adesão a medidas preventivas por parte da população local [1,8].

Os acidentes de trânsito, mais prevalentes em países em desenvolvimento do que em países desenvolvidos, representam uma das causas mais frequentes de lesões na região maxilofacial. Essas ocorrências são predominantes entre homens, especialmente adultos jovens, que apresentam maior incidência de traumas faciais. A ausência, o uso inadequado ou o não uso de equipamentos de proteção individual, como capacetes, intensifica ainda mais essa incidência. O caso em questão corresponde precisamente às estatísticas mencionadas, envolvendo um paciente do sexo masculino, com 42 anos, vítima de acidente motociclístico, que não utilizava capacete no momento do impacto [3,5,11-12].

As abrasões foram as lesões mais prevalentes, seguidas por lacerações e contusões. O estudo também demonstrou que indivíduos sem o uso de capacete estão significativamente mais suscetíveis a lesões em comparação com aqueles que fazem uso adequado do equipamento de proteção [3]. As lesões em tecidos moles representam 52,85% dos casos, enquanto as fraturas faciais correspondem a 48,15% das lesões que afetam a região buco-maxilofacial [12]. A evidência apresentada pelos autores é corroborada pelo presente caso, no qual o paciente sofreu um trauma de alto impacto, tendo sido atingido por uma cerca de arame farpado enquanto transitava sem capacete e a bordo de um veículo em alta velocidade.

Estudos demonstraram que o terço inferior da face é particularmente vulnerável a traumatismos em pacientes adultos, com lesões variando desde danos em tecidos moles até fraturas ósseas na região facial [5-6,11]. No entanto, outros estudos indicaram que as lesões no terço médio da face são mais prevalentes quando comparadas às lesões no terço inferior [10,12]. No caso em questão, as lacerações contundentes foram predominantemente localizadas no terço médio da face, enquanto lesões abrasivas foram observadas na região torácica e nas extremidades dos membros superiores e inferiores.

Em relação às lesões de padrão nervoso, um estudo indicou uma prevalência significativa de ferimentos causados por arma de fogo (47%), seguidos por acidentes de trânsito e lesões esportivas. As lesões do nervo facial ocorreram predominantemente em pacientes com ferimentos por arma de fogo, enquanto as lesões aos ramos do nervo trigêmeo foram mais frequentes em ferimentos por projéteis e menos comuns em acidentes de trânsito. No presente estudo, o paciente relatava um quadro de parestesia na região malar direita, provavelmente decorrente da laceração, que segue um trajeto ascendente em direção ao nervo infraorbitário do lado direito [1].

Um estudo revelou que 124 pacientes apresentaram lesões nervosas, representando 4,98% de toda a amostra analisada. Uma revisão da literatura conduzida pelo autor indicou que aproximadamente um terço dos pacientes com fraturas faciais também apresentam algum tipo de lesão neurológica. O estudo destacou que a lesão neurológica mais comum foi o déficit do nervo facial (62,9%), seguida pelo déficit do nervo infraorbitário (27,4%) e pelo déficit do nervo mental (9,7%). Além disso, foi identificado que os acidentes de trânsito são a principal causa de lesões nervosas. O caso em questão difere dos estudos citados em vários aspectos: embora o paciente tenha sofrido um trauma de alto impacto, não houve fraturas nos ossos da face, limitando-se a lesões de tecidos moles. O

paciente queixava-se de parestesia na área de inervação do nervo infraorbitário direito, mas não apresentava déficit motor nos músculos da expressão facial, o que sugere que a limitação não se deveu a uma lesão de inervação, mas sim à contração dos tecidos e à formação de fibrose decorrente da sutura realizada [11].

Um autor enfatiza que os ferimentos faciais, como evidenciado no presente relato, apresentam aspectos deformantes, entretanto, é imperativo considerar o paciente de forma holística, observando os princípios fundamentais do atendimento inicial ao paciente politraumatizado, conforme estipulado nas diretrizes do Suporte Avançado de Vida em Trauma (ATLS). Deve-se estabelecer as prioridades e necessidades terapêuticas do paciente, e, uma vez estabilizada a situação emergencial, pode-se proceder com a implementação do tratamento clínico e cirúrgico adequado para os ferimentos faciais [4].

4. Conclusão

Portanto, é fundamental possuir uma compreensão detalhada da anatomia facial e das lesões que a acometem para estabelecer parâmetros mais precisos no atendimento emergencial. O acompanhamento a longo prazo é particularmente crucial para pacientes traumatizados, pois permite um controle pós-operatório rigoroso e reduz o risco de complicações e de sequelas que possam impactar tanto a condição física quanto o aspecto social do paciente. O objetivo é sempre restaurar, na medida do possível, a funcionalidade adequada e uma estética satisfatória, minimizando as sequelas residuais e promovendo uma melhor qualidade de vida para cada paciente.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: Declaramos que a paciente aprovou o estudo assinando o termo de consentimento informado e que o estudo seguiu as diretrizes éticas estabelecidas pela Declaração de Helsinque.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referência

1. Khan TU, Rahat S, Khan ZA, Shahid L, Banouri SS, Muhammad N. Etiology and pattern of maxillofacial trauma. *PLoS One*. 2022;17(9). doi:10.1371/journal.pone.0275515.
2. Silva LDF, Barbosa CHD, Mesquita LV, Barbalho JCM, Carvalho ACGDS, Mello MDJR. Epidemiologia dos traumatismos de face em pacientes jovens no Estado do Ceará. *Rev Cir Traumatol Buco-maxilo-fac*. 2014;79-84.
3. Arif MZ, Rajanikanth BR, Prasad K. Soft tissue injuries of the maxillofacial region occurring from motorcycle accidents. *J Maxillofac Oral Surg*. 2019;18:432-9. doi:10.1007/s12663-019-01164-7.
4. Cavalcante MB, Rocha CBS, Uchôa CP, Marcelino IMP, Siqueira NB, Silva EDO. Lesão de tecido mole após acidente motociclístico. *Scientific-Clinical Odontology*. 2020;19(5):45-7.
5. Chuang KT, Hsieh F, Liao HT. The correlation of age and patterns of maxillofacial bone fractures and severity of associated injuries caused by motorcycle accidents. *Ann Plast Surg*. 2019;83(6):634-40. doi:10.1097/SAP.0000000000001655.
6. Hirobe Y, Koshinuma S, Nakamura M, Baba M, Yamamoto G, Hitosugi M. Factors influencing the long-term hospitalization of bicyclists and motorcyclists with oral and maxillofacial injuries. *Dent Traumatol*. 2021;37(2):234-9. doi:10.1111/edt.12627.
7. Ali D, Shahid MH, Khokhar MI, Alam MA, Kaiser A, Malik AA, Afzal MF. The spectrum of injuries from motorcycle induced road traffic accidents from level one trauma center: a prospective observational study. *Chest*. 2020;47:14-1.
8. Faria PEP, de Souza Carvalho ACG, Masalskas B, Chihara L, Sant'Ana E, Magro Filho O. Surgical reconstruction of lower face degloving. *J Craniofac Surg*. 2016;27(7). doi:10.1097/SCS.0000000000002975.
9. Nascimento RDS, Carneiro LDA, Almeida NGD, Lasso DMM, Souza AS. Tratamento de fraturas múltiplas da face associadas a ferimento extenso: relato de caso. *Rev Odontol Araçatuba*. 2020;22:22-7.
10. Alqahtani FA, Bishawi K, Jaber M. Analysis of the pattern of maxillofacial injuries in Saudi Arabia: A systematic review. *Saudi Dent J*. 2020;32(2):61-7. doi:10.1016/j.sdentj.2020.01.005.
11. Wusiman P, Maimaituexun B, Saimaiti A, Moming A. Epidemiology and pattern of oral and maxillofacial trauma. *J Craniofac Surg*. 2020;31(5):1305-8. doi:10.1097/SCS.0000000000006612.
12. Dhungel S, Singh AK. Prevalence of operated facial injury in the department of oral and maxillofacial surgery of a tertiary hospital. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 2020;58(221):6-9. doi:10.31729/jnma.5968.

13. Ali D, Shahid MH, Khokhar MI, Alam MA, Kaiser A, Malik AA, Afzal MF. The spectrum of injuries from motorcycle induced road traffic accidents from level one trauma center: a prospective observational study. *Chest*. 2020;47:14-1.