

Epidemiologia das fraturas faciais na criança: avaliação em 428 casos em Curitiba, PR, Brasil

ISIS SCOMACAO, GILVANI AZOR DE OLIVEIRA E CRUZ, MARIA CECÍLIA CLOSS ONO, ALEXANDRE ELIAS CONTIN MANSUR, PAULA GIORDANI COLPO, ADRIANA K SAYURI

Introdução

As fraturas de face em crianças são avaliadas em capítulo específico, em decorrência de seus aspectos próprios de diagnóstico e tratamento.

Objetivo

Demonstrar a experiência dos autores no tratamento de fraturas de face na infância, avaliando dados epidemiológicos, características clínicas e terapêuticas desta população, objetivando apresentar um guia de conduta para a sua abordagem.

Material e Métodos

Neste estudo retrospectivo, apresentamos a experiência do Serviço de Cirurgia Crânio-maxilo-facial do Hospital Universitário Cajuru, Hospital do Trabalhador e Hospital Pequeno Príncipe, em Curitiba, no período de 1973 a 2010. Todos os pacientes foram avaliados pelo cirurgião sênior, e tratados sobre o seguinte protocolo de atendimento. Avaliação clínica e radiológica: A história e o exame clínico pediátrico normalmente são difíceis, sendo que, muitas vezes, a criança é incapaz de fornecer detalhes sobre o mecanismo do trauma. Os pacientes foram avaliados clínica e radiologicamente. As radiografias de face foram Caldwell, Hirtz, Water, Towne e perfil de face. A tomografia computadorizada de face foi utilizada na maioria dos pacientes. Técnica cirúrgica: Fraturas de mandíbula – Em crianças entre 0 e 4 anos, as fraturas do corpo mandibular sem desvio foram tratadas com imobilização interdental do arco inferior ou conservadoramente com *splints* acrílicos e cerclagem. Em fraturas desfavoráveis, foi indicada a osteossíntese dos fragmentos com

fios de aço junto à basilar. Pacientes com idade entre 4 e 8 anos de idade, com fraturas mandibulares sem desvio, foram tratados com bloqueio interdental e barra de Erich, e as fraturas com desvio por bloqueio maxilomandibular e/ou osteossíntese com fios de aço nº 0. Entre 8 e 12 anos, optou-se por bloqueio maxilomandibular com barra de Erich e fios de aço em fraturas de mandíbula favoráveis. Osteossíntese com arame, associada a bloqueio com placas e parafusos, foi utilizada nesta faixa etária para fraturas desfavoráveis. Fraturas de côndilo mandibular - Em pacientes com disocclusão dental, foram aplicadas barras de Erich e bloqueio semirígido por 10 dias, e após, bloqueio elástico até finalização da consolidação óssea. As fraturas completas de côndilo com desvio de até 45° foram avaliadas individualmente quanto ao uso da osteossíntese com arame, bloqueio maxilomandibular ou tratamento conservador. Fraturas com desvio completo medial ou lateral sem contato foram tratadas sempre por acesso direto, através do uso de síntese com arame e bloqueio elástico por 15 dias. Fraturas de terço médio da face – O tratamento segue os mesmos princípios de redução e contenção de fragmentos por acesso direto e fixação com fios de aço nº 0. Em alguns casos, foram utilizadas placas e parafusos absorvíveis ou mesmo de titânio, retirados após a consolidação. Fraturas alvéolo-dentais – Foi realizada a imobilização por aproximadamente 4 semanas com fios de aço e/ou barra de Erich e acrílico. Quando o trauma acometeu a dentição decídua numa idade de troca de dentes, não foi necessária a imobilização dental. Fraturas nasais – A redução das fraturas

é realizada com fórceps de Asch nas crianças maiores, introduzido na narina ipsilateralmente ao septo nasal deslocado, promovendo o seu alinhamento. A contenção externa foi realizada com gesso ou material plástico.

Resultados

A casuística é constituída de 428 crianças, com idade entre 1 dia e 12 anos; 269 pacientes eram do gênero masculino (62,85%) e 159 (37,15%) do gênero feminino. Houve predomínio de fraturas em meninas somente na faixa etária de 4 a 6 anos de idade. Houve aumento da incidência de trauma com o aumento da idade dos pacientes, mais prevalente foi entre 10-12 anos (37,38%), seguido pela idade entre 7-9 anos (28,50%). As fraturas nasais (37,81%) e de mandíbula (31,93%) foram as mais frequentes. Em relação aos agentes causais, observou-se que as quedas predominaram (29,90%), sendo seguidas por colisões de automóveis, atropelamentos, queda de bicicleta, eventos esportivos, ferimentos por arma de fogo e violência infantil, porém sem provas, pela negação dos informantes.

Conclusão

As fraturas faciais na infância exigem diagnóstico e tratamento precisos, complementados por estudo de imagem. O cirurgião crânio-maxilo-facial deve manter no manejo do trauma craniofacial infantil: alto índice de suspeição, cuidadoso exame físico, tratamento expectante para lesões mínimas e sem repercussões clínicas, métodos de fixação adequados para cada idade, técnica cirúrgica precisa e pouco traumática, evitando iatrogenias negativas.