

Remoção de corpo estranho transfixante em dorso nasal: relato de caso

Removal of transfixing foreign body into nasal dorsum: case report

Breno Souza Benevides*

Josfran da Silva Ferreira-Filho**

Mariana Canuto Melo de Sousa Lopes****

Karen Ananda Souza da Silva***

Jayara Ferreira de Aguiar*****

RESUMO

Os ferimentos transfixantes (FTs) em tecidos moles podem ser característicos em indivíduos admitidos em serviços de emergência hospitalar devido à grande morbidade e ao incômodo que podem ocasionar. Apesar de esse tipo de trauma não apresentar grande incidência, as suas implicações podem proporcionar sequelas funcionais e danos cosméticos à face do indivíduo. O objetivo do presente trabalho é descrever, por meio de relato de caso, a conduta adotada para paciente vítima acidental de ferimento transfixante, em terço médio de face, por objeto pontiagudo utilizado no local em que trabalhava. Relato de caso: indivíduo do sexo masculino, 47 anos de idade, normossistêmico e feoderma buscou atendimento em um serviço hospitalar de emergência com a presença de um gancho de açougue transfixado no nariz, penetrando a região de mucosa da narina direita até a pele do dorso nasal, relatando apenas queixa álgica e interesse em remover o objeto, sem obstrução de vias aéreas ou comprometimento de outras estruturas faciais. O gancho foi removido sob anestesia local, por um cirurgião bucomaxilofacial, havendo a preservação do septo nasal durante o procedimento e realização de sutura na lesão de pele do dorso nasal. Considerações finais: apesar de não haver um protocolo clínico-cirúrgico estabelecido quanto ao manejo de pacientes com FTs, é preconizado que o cirurgião se proponha a realizar a remoção do objeto sob conduta conservadora com o intuito de preservar ao máximo de estruturas nobres possíveis, assim como o presente caso foi conduzido

Palavras-chaves: Traumatismos cranianos penetrantes. Acidente. Ferimentos. Lesões.

<http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v24i3>.

* Cirurgião Bucamaxilofacial, docente do curso de Odontologia do Centro Universitário Christus – Unichristus. Preceptor do serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial do Hospital Batista Memorial de Fortaleza (HBM).

** Acadêmico do curso de odontologia da Universidade Federal do Ceará, campus Sobral – Presidente discente da Liga de Anatomia e Traumatologia Bucamaxilofacial de Sobral (LATIUM).

*** Acadêmica do curso de odontologia da Universidade Federal do Ceará, campus Sobral – Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trauma Dentoalveolar (NEPTAUMA).

**** Docente do curso de Odontologia da Universidade Católica Rainha do Sertão – Unicatólica.

***** Acadêmica do curso de Odontologia do Centro Universitário Christus – Unichristus.

Introdução

Os ferimentos transfixantes (FTs) em tecidos moles podem ser característicos em indivíduos admitidos em serviços de emergência hospitalar devido à grande morbidade e ao incômodo que podem ocasionar, sendo oriundos de fatores etiológicos diversos como: agressões físicas, acidentes domésticos, laborais e automobilísticos¹⁻³. Apesar de este tipo de trauma não apresentar grande incidência, as suas implicações podem proporcionar danos estético-funcionais em longo prazo e, de acordo com a região afetada, complicações como: danos a feixes vâsculo-nervosos, instalação de processos infecciosos e de hemorragias leves, moderadas ou severas^{2,4,5}. Dentre os tipos de ferimentos faciais em tecidos moles, existe uma classificação de acordo com o grau de extensão e fator etiológico do trauma, diferenciando-os em: ferimentos lacerantes (ou de corte), abrasivos, contusos, penetrantes, avulsivos, puntiformes, por mordedura animal, por queimaduras, por arma de fogo e associativos (Corto-contusos, lacerro-contusos)¹⁻⁵, que possuem modalidades de tratamentos semelhantes, porém a literatura atual disponível baseia-se em relatos ou séries de casos, sem estudos clínicos prospectivos concluídos que pautem um protocolo ou algoritmo científico, referindo ao profissional a responsabilidade de escolher condutas empíricas específicas para o manejo destas lesões. O objetivo do presente trabalho é relatar o caso de um paciente atingido acidentalmente, em terço médio de face, por um objeto pontiagudo utilizado no local em que trabalhava.

Relato de caso

Indivíduo do sexo masculino, 47 anos de idade, normossistêmico e feoderma buscou atendimento em um serviço hospitalar de emergência com a presença de um gancho de açougue transfixado no nariz (Figura 1), penetrando a região de mucosa da narina direita até a pele do dorso nasal, com total preservação do septo nasal. O paciente relatava apenas queixa algíca localizada e interesse em remover o objeto, sem obstrução de vias aéreas ou trauma em outras estruturas

faciais. Não houve relato ou sinal clínico de qualquer episódio de traumatismo crânio-encefálico (TCE) que justificasse a solicitação de exame por imagem. Acerca das condições clínicas do presente caso, o paciente foi submetido à administração de soro antitetânico e o procedimento cirúrgico foi conduzido por um cirurgião bucomaxilofacial plantonista do serviço. O paciente foi posicionado em decúbito dorsal horizontal (DDH) para que a antisepsia fosse realizada, em que foi utilizada digluconato de clorexidina a 2% como degermante de escolha, seguida da aposição do campo cirúrgico e paramentação do profissional. Visto o baixo grau de severidade do FT associado à penetração superficial do objeto, a anestesia local foi escolhida em detrimento da anestesia geral, sendo utilizada a base anestésica lidocaína a 2% sem adrenalina em dorso nasal, havendo como ponto de punção as margens íntegras e regulares da ferida, seguida da remoção do corpo estranho de, aproximadamente, 18cm de comprimento do dorso nasal (Figura 2). Foi realizada a sutura em pele, da lesão transfixante em dorso nasal com fio não absorvível nylon 5-0 (Figura 3). A prescrição medicamentosa de escolha foi o uso de cefalexina 500 mg de 6/6 horas por 7 dias e ibuprofeno 600 mg de 12/12 horas por 02 dias. Após a alta ambulatorial, o paciente não compareceu regularmente ao serviço, inviabilizando o acompanhamento pós-operatório e a evolução do caso.



Figura 1 – Presença de objeto transfixante (gancho de carne) em dorso nasal

Fonte: autores.



Figura 2 – Objeto transfixante (gancho de carne) removido do dorso nasal do paciente.

Fonte: autores.



Figura 3 – Estado pós-operatório imediato do paciente

Fonte: autores.

Discussão

Frente ao presente caso, podem-se associar as características clínicas desse trauma maxilofacial a uma lesão aos tecidos moles denominada transfixante ou penetrante, a qual pode se apresentar de maneira isolada ou associada a lesões lacerantes, abrasivas e com injúrias aos nervos sensoriais, às glândulas submandibulares e parótidas, a estruturas dentoalveolares e ao esqueleto facial^{4, 6, 7}. Em traumas de alta energia, que dispendem grande energia cinética associada à massa do corpo estranho ou projétil, a região bucomaxilofacial tende a sofrer danos mais severos como em lesões ocasionadas por projéteis de armas de fogo (PAF), agressões físicas com uso de objetos pesados e acidentes automobilísticos de grande impacto⁷. Em relação ao caso relatado, por ter sido um acidente laboral com um instrumento de pouca massa, sem impacto do objeto ao indivíduo que apresentasse alta ou média velocidade, o trauma em questão pode ser classificado como de baixa energia⁵⁻⁷, o qual é mais brando e

indolente quando comparado ao trauma de alta energia, evidenciando um prognóstico favorável ao paciente. Na literatura presente, não houve casos com lesões ao dorso nasal por objetos transfixantes como apresentado neste relato, tendo em vista que traumas nasais são mais comuns por PAFs^{3, 6, 8}, classificação diferente da apresentada. Quanto à admissão do paciente, é necessário ressaltar que, antes de qualquer intervenção cirúrgica, os princípios do Advanced Trauma Life Support (ATLS) devem ser praticados^{1, 4, 6-9}, visto que a permeabilidade das vias aéreas e a verificação da respiração pulmonar e da circulação sanguínea, realização do exame neurológico sumário e da exposição do indivíduo com controle da hipotermia devem ser prioridade antes de qualquer intervenção maxilofacial, assim como foi executado no atendimento ao paciente deste relato. Quanto ao risco de sangramento excessivo da região nasal, a lesão transfixante não oferece chances de hemorragia ao paciente devido ao fato do objeto ou corpo estranho agir como método de tamponamento da ferida, já que permite a oclusão do ferimento devido à sua presença; associado a esse fato, é estabelecido que, mesmo em transsecções completas de artérias da face, episódios hipovolêmicos são raros pela razão dos vasos tenderem a se retrair e colabar^{7, 9, 10}, fato evidenciado na admissão do paciente ao serviço de emergência. Acerca da contaminação da ferida, a transfixação do objeto pelo dorso nasal e perfuração da mucosa nasal justificam o uso de antibióticos^{5, 7, 10-12}, haja vista que qualquer ferimento que comunique as mucosas orais, nasais e faríngeas deve ser tratado como lesão contaminada^{10, 13}; a conduta do cirurgião deste caso baseou-se na administração do soro antitetânico, remoção do corpo estranho seguida da prescrição antibiótica, seguindo os parâmetros científicos das referências científicas relacionadas ao tratamento de lesões faciais⁸. No que tange ao fechamento do ferimento, a cicatrização por primeira intenção foi o objetivo do cirurgião ao realizar a sutura interrompida simples em pele da região nasal afetada, pelo fato de as margens da ferida estarem próximas e íntegras, com o uso de fio não absorvível de nylon 5-0 monofilamentado, sendo o mais indicado para pele devido ao seu baixo potencial de

resposta tecidual inflamatória e com resistência satisfatória às tensões epiteliais⁴⁻¹⁴. Associando a conduta incisiva e responsável adotada no presente caso (Tabela 1) com o suporte sanguíneo da região oriundo, principalmente, do plexo de Kieselbach^{3,7,15}, a cicatrização da FT tende a ocorrer de maneira satisfatória ao paciente ao quesito estético e funcional.

Tabela 1 – Comparativo entre a conduta do cirurgião buco-maxilofacial frente à literatura atual

Comparação literatura x Conduta do caso	Literatura atual (Neskoromna-Jedrzejczak, 20171))	Conduta do caso
Estabilização do Paciente	Avaliação da permeabilidade das vias aéreas, controle de hemorragias e avaliação de lesões a outros sistemas.	Avaliação da permeabilidade das vias aéreas, controle de hemorragias e avaliação de lesões a outros sistemas.
Hemostasia/ Indução anestésica	Anestesia local ou geral com irrigação abundante com solução salina	Anestesia local associada à irrigação abundante com solução salina
Remoção de corpo estranho	Remoção mecânica e cobertura antibiótica/ antitetânica	Remoção mecânica e cobertura antibiótica/ antitetânica
Remoção de tecido necrótico	Desbridamento de 1 a 2 mm de tecido necrótico das margens da lesão	Não houve necessidade para o presente caso
Cicatrização	Sutura por planos ou monitoramento das feridas por segunda intenção	Sutura apenas em epitélio para cicatrização por 1ª intenção
Obliteração de espaços mortos	Uso de curativos, drenos ou associação de ambos	Não houve necessidade para o presente caso

Fonte: autores.

Considerações finais

Evidenciando o manejo de pacientes com FTs, o protocolo clínico-cirúrgico estabelecido preconiza que o cirurgião se proponha a realizar a remoção do objeto sob conduta conservadora com o intuito de preservar o máximo de estruturas anatómicas possíveis.

Abstract

Soft tissues transfixing wounds (TWs) may be characteristic in individuals admitted to emergency departments due to the high morbidity and discomfort they can cause. Although this type of trauma

does not present a high incidence, its implications can provide sequels and cosmetic damages to the face. The aim of the present study is to describe, by means of a case report, the approach adopted for a patient who was accidentally transfixed, in a middle third of the face, by a sharp object used in the place where he worked. Case report: Male, 47 years old and normosemic, sought care in an emergency hospital service presenting a meat hook transfixed in his nose, penetrating the right nasal mucosa region up to the nasal skin dorsum, only reporting interest in removing the object and pain, without presenting airway obstruction or commitment of another facial structures. Regarding the clinical conditions of the present case, the hook was removed under local anesthesia by an oral and maxillofacial surgeon, preserving the nasal septum during the procedure and suturing the lesion in the nasal skin dorsum. Final considerations: Although there is no established clinical-surgical protocol regarding the management of patients with TWs, it is recommended that the surgeon proposes to remove the object under conservative management in order to preserve the maximum possible anatomic structures, as well as this case was conducted.

Keywords: Penetrating head injuries. Accident. Wounds. Injuries.

Referências

1. Neskoromna-Jedrzejczak A, Bogusiak K, Przygonski A, Antoszewski B. Penetrating trauma of the face and facial skeleton – a case series of six patients. *Pol Przegl Chir* 2017; 89(1):50-60.
2. Bagheri SC, Dierks EJ, Kademani D. Application of a facial injury severity scale in craniomaxillofacial trauma. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64(1): 408-14.
3. Bell RB, Osborn T, Potter BE. Management of penetrating injuries: a new paradigm for civilian trauma. *J Oral Maxillofac Surg* 2007; 65(4):691-705.
4. Scholsem M, Scholtes F, Collignon F, Robe P, Dubuisson A, Kaschten B. et al. Surgical management of anterior cranial base fractures with cerebrospinal fluid fistulae: a single-institution experience. *Neurosurgery* 2008; 62(2):463-71.
5. Aremu SK, Makusid MM, Ibe IC. Oro-cranial penetrating pencil injury. *Ann Saudi Med* 2012; 32(5):534-6.
6. Hwang K, You SH. Analysis of facial bone fractures: An 11-year study of 2,094 patients. *Indian J Plast Surg* 2010; 43(1):42-8.
7. Skoch J, Ansary TL, Lemole GM. Injury to the temporal lobe via medial transorbital entry of a toothbrush. *J Neurol Surg Rep* 2013; 74(2):23-8.
8. Offiah C, Hall E. Imaging assessment of penetrating injury of the neck and face. *Insights Imaging* 2012; 3(1):419-31.
9. Cetinkaya EA, Okan C, Pelin K. Transnasal, intracranial penetrating injury treated endoscopically. *J Laryngol Otol* 2006; 120(4):325-6.

10. Figueiredo RR, Azevedo AA, Kós AO, Tomita S. Nasal foreign bodies: description of types and complications in 420 cases. *Braz J Otorhinolaryngol* 2006; 72(1):18-23.
11. Silva JJDL, Lima AAAS, Melo IFS, Maia RCL, Pinheiro Filho TRDC. Trauma facial: análise de 194 casos. *Rev Bras Cir Plast* 2011; 26(1):37-41.
12. Gomes-Ferreira P, Reis E, Carrasco L, Zorzetto D, Toledo-Filho J, Toledo G. Tratamento dos ferimentos faciais no atendimento ao politraumatizado. *Rev Odontologia UNESP* 2014; 43(1): 21-24.
13. Dias SL, da Silveira BB, De Castro CHS, Mendes RB, de Villemor Amaral IE, de Azevedo RA. Remoção cirúrgica de corpo estranho na intimidade dos ossos da face: Relato de caso. *Clínica e Pesquisa em Odontologia-UNITAU* 2013; 5(1):31-4.
14. Zandomenighi RC, Lima Mouro D, Penha Martins EA. Ferimento por arma branca: perfil epidemiológico dos atendimentos em um pronto socorro. *Rev Rede Enfermagem Nordeste* 2011; 12(4):669-77.
15. Silva C, Paula L, Ferreira E, Naves M, Gomes V. Perfil dos traumas maxilofaciais em vítimas de violência interpessoal: uma análise retrospectiva dos casos registrados em um hospital público de Belo Horizonte (MG). *Cad Saúde Colet* 2011; 19(1):33-40.

Endereço para correspondência:

Josfran da Silva Ferreira Filho
Rua Dona Leopoldina, 1045, apto 1901 Bloco D.
CEP 60.110-001 – Fortaleza, Ceará, Brasil
Telefone: + 55 88 997623464
E-mail: josfranf@hotmail.com

Recebido: 26/03/19. Aceito: 22/06/19.