

TRATAMENTO DE URGÊNCIA NAS FRATURAS DA FACE

Dirsa Nogueira,

Estagiária de Fisiologia

SINOPSE

O tratamento de urgência das fraturas faciais compreende dois estágios: 1º) Devem ser garantidas as funções vitais do paciente:

1. prevenção da asfixia: adequada posição do paciente, tração da língua, remoção de toda a obstrução mecânica, estabelecimento de areação artificial, ou traqueotomia.

2. controle das hemorragias: compressão local, tamponagem, pinçagem ou ligadura dos vasos lesionados, realizada com os meios a disposição.

3. tratamento do choque hemorrágico: repouso, adequada posição para restaurar a circulação sanguínea do cérebro, manutenção da temperatura corporal e restauração do volume do sangue perdido.

4. soroterapia específica: é aconselhável a adoção de medidas necessárias para a profilaxia do tétano em todos os fraturados.

2º) Preocupar-se-á em realizar:

combate a dor e a infecção; pequenas intervenções, redução e contenção das fraturas; sutura dos tecidos moles e tratamento das feridas superficiais.

O auxílio do neurologista deve ser solicitado sempre que o paciente apresente problemas neurológicos.

O atendimento de urgência nas fraturas pode ser dividido em dois estágios.

No primeiro estágio a principal preocupação será proteger a vida do paciente, mantendo as funções vitais, respiratória e circulatória, e instituindo a medicação considerada urgente. É um atendimento de emergência, realizado em ambiente não especializado, onde ocorreu o acidente, na ambulância, ou no posto de primeiros socorros, compreendendo:

1. Prevenção da asfixia:

O paciente deverá respirar com facilidade. Nas fraturas da face pode ocorrer a obliteração das vias

respiratórias por obstáculos os mais diversos e por isso dever-se-á intervir imediatamente, para garantia da aeração pulmonar do paciente.

O lesionado consciente, tenta, por todos os meios, recuperar a permeabilidade das vias respiratórias, o que não ocorre com o paciente em estado de inconsciência, merecendo aquêles, portanto, maior atenção nêste particular. O sinal imediato de anoxia é a cianose, seguida rapidamente pela depressão de tôdas as funções vitais.

Pode haver incapacidade do paciente para eliminar, de maneira adequada, as secreções da bôca, da faringe e o sangue proveniente de hemorragia bucal ou nasal posterior.

É necessário colocar o paciente deitado, em posição de decúbito ventral, com a face em posição lateral, para verter livremente os líquidos bucais. Poderá também ser colocado sentado, com a cabeça flexionada para frente, quando seu estado permitir, com igual finalidade.

Se a língua tender a cair para trás, será realizada a tração para fora, o quanto seja possível, pois ajuda a elevar a epiglote, facilitando a respiração. Pode-se realizar esta manobra com pinça, fio de sutura passado na ponta da língua, alfinete de segurança preso à indumentária, ou outro recurso de emergência que permita a tração, impedindo a obstrução das vias respiratórias.

Se houver edema, produzido por traumatismo ou infecção, impedindo a respiração normal, tentar-

se-á introduzir um tubo endotraqueal além das cordas vocais, e subsequente administração de oxigênio.

É empregado também o salva-vidas de Mosher, que consiste em uma cânula aberta, que é introduzida na luz da laringe, por via oral.

Se houver oclusão mecânica por prótese deslocada, corpos estranhos, tais como dentes avulsionados, fragmentos de osso, coágulo sangüíneo, etc., far-se-á a palpação digital do oro-faringe, em busca dos elementos estranhos que o ocluem, removendo-os.

Quando tôdas estas medidas falharem e a respiração não se restabelecer prontamente, não se deve hesitar em proceder a traqueotomia de urgência, por incisão vertical mediana, ao nível do 3º e 4º anéis da traquéia, onde se introduzirá a cânula. Esta intervenção permitirá a aeração pulmonar, impedirá a inalação de sangue, garantindo a vida do paciente.

2. Contrôle das hemorragias:

É necessário proceder prontamente a hemostasia, a fim de evitar a perda de sangue, realizando a profilaxia do choque hipovolêmico.

Em caso de emergência, enquanto se prepara as medidas de maior eficácia, pode-se coibir a hemorragia por pressão digital. Na maioria das lesões faciais, a compressão da artéria facial no bordo inferior da mandíbula poderá ser realizada: da mesma forma, a compressão da artéria temporal super-

ficial, onde ela cruza o arco zigomático, imediatamente à frente do conduto auditivo externo, se desta derivar a hemorragia. Ainda a compressão da carótida externa é lembrada por muitos autores.

Será feita a tamponagem, pinçagem ou ligadura dos vasos e pontos hemorrágicos observados, conforme as possibilidades e os recursos do momento.

A hemorragia proveniente do assoalho da boca é particularmente difícil de ser coibida; Kazajian recomenda o uso de pinças especiais para deter a hemorragia da artéria lingual.

Nas fraturas da região nasomaxilar, poderá ser necessário tamponamento nasal ou retronasal, para detenção do fluxo sanguíneo.

Quando fôr impossível obter a hemostasia local, e o paciente não estiver em estado de choque, será indicada a ligadura da carótida externa.

3. Combate ao choque hemorrágico:

A hemorragia pode causar uma hipovolemia e conseqüente estado de choque.

Os meios de combate ao choque hemorrágico compreendem: tranqüilidade e repouso para o paciente, mantendo-se a temperatura corporal e reparação do volume sanguíneo perdido, por transfusão de plasma ou sangue total, ou administração de sôro glicosado adicionado de noradrenalina, a fim de reparar a volemia. Nestes casos, emprega-se atualmente, com grande sucesso, os córtico-esteróides.

A aplicação endovenosa de sôluto fisiológico não é recomendável, pois poderá reparar o volume sanguíneo, porém modificando a composição do sangue. Há também o inconveniente da presença de deficiência renal, havendo problemas pela administração de grande quantidade de solução salina.

A dôr e o medo contribuem para agravar o estado de choque; recomenda-se o uso de analgésicos e tranqüilizantes para combater os estados de intranqüilidade e angústia.

A posição do paciente deve favorecer a circulação. Será melhor colocá-lo com a cabeça mais baixa que os pés, pois aumentará a irrigação sanguínea do encéfalo e diminuirá o trabalho do coração. Esta medida, porém, está contraindicada nos casos de perda de sangue pelo nariz ou por lesões faciais, pois, aumentando a pressão sanguínea na cabeça, aumenta, em conseqüência, a hemorragia.

No tratamento do choque é importante a manutenção da temperatura do paciente, pois, quando a circulação é lenta, o calor se perde mais rapidamente, principalmente se o indivíduo está exposto ao frio. Porisso, se os primeiros socorros são prestados no local do acidente, deve-se cobrir o fraturado, evitando a perda do calor corporal. É útil o papel de jornal colocado entre outros abrigos, pois age como bom isolante térmico. Também cobertas plásticas ou cobertores térmicos são úteis nestes casos. Pode-se, quando os recursos

permitirem, manter o paciente em tenda de oxigênio, que é administrado à temperatura normal do organismo.

4. Soroterapia específica:

E' aconselhável, em todos os fraturados, o uso sistemático de medidas profiláticas contra o tétano.

Deve-se administrar ao paciente antitoxina tetânica, na dose de 1500 a 500 U., via intra-muscular, após prévio teste de sensibilidade e verificação de ausência de reação cutânea.

Se o paciente já recebeu anteriormente toxóide, recomenda-se administrar 0,5 cm³ de toxóide tetânico, como dose de reativação.

No 2º estágio será realizado o combate à dor e à infecção e, realizada a redução e contenção da fratura e pequenas intervenções ou sutura das feridas.

Combate à dor: Se o paciente estiver consciente, pode-se obter alívio imediato com a administração de morfina. Se, contrariamente, estiver inconsciente, pode-se empregar medicação antiálgica comum. Em muitos casos obtém-se a cessação da dor pela redução e contenção da fratura.

Combate à infecção: Será realizado com o uso de antibióticos, graças a sua ação rápida na defesa do organismo contra os agentes infecciosos.

Pequenas intervenções: Pode-se realizar a extração de dentes fraturados ou luxados, presentes no foco da fratura, a remoção de fragmen-

tos ósseos, e outras intervenções simples.

Redução e contenção da fratura: E' conveniente proceder a redução dos fragmentos e sua contenção com bandagens simples ou gessadas, ou por meio de odontossínteses de fácil aplicação, tal como Leblanc, métodos dos anéis e outras. Isto manterá os dentes em oclusão e promoverá a imobilização maxilo-mandibular.

A imobilização temporária da fratura, segundo Thoma, apresenta as seguintes vantagens:

- alivia a dor;
- evita o atrito entre os fragmentos ósseos e a dilaceração dos tecidos;
- diminui o perigo de hemorragia e de infecção;
- evita as deformações faciais;
- possibilita o restabelecimento perfeito do articulado dentário.

Procede-se, por fim, à sutura das feridas cutâneas e mucosas, ao tratamento das escoriações e abrasões superficiais.

A sutura dos tecidos moles será realizada por planos e deverá preceder a redução da fratura quando não fôr possível obter uma redução imediata, por exemplo, em uma fratura cominutiva da mandíbula. Este procedimento evitará a necrose dos tecidos e a cicatrização deformante dos tegumentos faciais.

O tratamento de urgência prepara, desta forma, o paciente para o tratamento definitivo.

Convém lembrar, finalmente, que o paciente fraturado, com problemas neurológicos, não deverá so-

frer qualquer intervenção, sem autorização do neurologista, pois poderão ser agravadas as lesões cerebrais.

Salientamos, por fim, que os vários tópicos apresentados sobre o atendimento de urgência nas fraturas, tem por finalidade exclusiva a sistemática da apresentação e não implica, em absoluto, em seqüência rígida no atendimento ao paciente, pois esta variará de acordo com o caso individual a tratar.

SYNOPSIS

During a first stage one should not hesitate to institute the following measures for the maintenance of the patient's vital functions:

1. Prevention of asphyxia: Adequate position of the patient, traction of tongue, removal of all mechanical obstruction, insertion of an adequate artificial airway, or tracheotomy.

2. Control of hemorrhage: local pressure, pressure packs, clamping or ligation of bleeding vessels, should be performed according to available facilities.

3. Treatment of hemorrhagic shock: rest, adequate position to restore good blood circulation to the brain, maintenance of body

temperature and restoration of lost blood volume.

4. Specific serum therapy: it is advisable to take the necessary prophylactic steps against tetanus for all patients with fracture.

During a second stage one should be concerned with: relieve of pain and in combating infection; minor surgical procedures; reduction and fixation of fractures; suturing of soft tissues and treatment of surface injuries.

Treatment must not follow the above sequence invariably, for it may vary according to individual cases.

Help from a neurologist should be sought if the patient presents neurological problems.

BIBLIOGRAFIA

1. BRANDÃO, G. S. — Comunicação pessoal.
2. KAZANJIAN, V. H. & CONVERSE, J. M. — Tratamiento quirúrgico de los traumatismos de la cara. Traducción de Hector Marino. Buenos Aires, Mundo, 1952. 595 p.
3. THOMA, K. H. — Oral surgery. 2. ed. St. Louis, Mosby, 1952. 2 v.